

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES
DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE
ACUDEN A LAS UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY
Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: GLORIA ESTEFANÍA CARCHI HERAS
CRISTINA ALEXANDRA CASTILLO RIVERA**

DIRECTORA: Mst. MARÍA GERARDINA MERCHÁN MERCHÁN

ASESORA: Mgs. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

**CUENCA – ECUADOR
2015**

RESUMEN

Antecedentes: la discapacidad intelectual es un problema de salud pública poco conocido en el país. Los estudios en los cuidadores familiares de las personas con discapacidad intelectual en las diferentes instituciones de educación especial son escasos, por no decir nulos; esta situación determina su desconocimiento e invisibilidad del estado por lo que es necesario su estudio.

Objetivo: determinar la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares de los estudiantes con discapacidad intelectual que acuden a las Unidades de Educación Especial.

Material y Métodos: se utilizó un diseño cuantitativo descriptivo transversal, el mismo que se aplicó en las Unidades Educativas: Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz. Se incluyó la participación de 151 cuidadores familiares, se empleó los test Escala de Estrés Percibido y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit; los datos fueron recolectados mediante encuestas aplicadas a los cuidadores familiares de los estudiantes de dichas instituciones.

Resultados: se evidencia la prevalencia de estrés en la mayoría de los cuidadores familiares, dándonos a conocer que el 94.04% presentan estrés, el mismo que corresponde a 142 cuidadores; en contraste a 5.96% que no presentan estrés. La Escala de Estrés Percibido indica que el 51% de cuidadores presentan baja tensión, el 30.5% estrés medio y 12.6% alta tensión; de igual manera la escala de Zarit demuestra que el 23.2% presenta sobrecarga leve y el 45.7% sobrecarga intensa. También se encontró que el 82.12% corresponde al sexo femenino y el 17.85% al masculino; y que comprenden las edades de 30 a 34 años con un 21.85%; y que en su mayoría son amas de casa con un 55.63%.

Palabras clave: ESTRÉS, CUIDADORES FAMILIARES, PREVALENCIA, ENFERMERÍA.

ABSTRACT

Background: intellectual disability is a public health problem in the country little known. Studies in family caregivers of people with intellectual disabilities in different special education institutions are scarce if not null; this situation determines their ignorance and invisibility state so its study is necessary.

Objective: to determine the prevalence of stress in family caregivers of students with intellectual disabilities who attend Special Education Units.

Material and methods: we used a cross-sectional descriptive quantitative design was carried out in the Education Units: Especial del Azuay, and Agustín Cueva Tamariz. Was included the participation of 151 family caregivers. The Perceived Stress Scale test and Overload Scale Zarit Caregiver was used; data were collected through surveys of family caregivers of students of these institutions.

Results: is evident the prevalence of stress in most family caregivers, letting us know that 94.04% of family caregivers have stress, that corresponds to 142 caregivers; in contrast to 5.96% do not exhibit stress. Perceived Stress Scale indicated that 51% of caregivers have low tension, 30.5% medium stress and 12.6% high tension; likewise Zarit scale shows that 23.2% have mild overload and 45.7% intense overload. We also found that 82.12% were females and 17.85% male; and comprising the ages of 30-34 years with 21.85%; and most are housewives with 55.63%.

Keywords: STRESS. FAMILY CAREGIVERS. PREVALENCE. NURSING.

INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTOS.....	12
CAPÍTULO I.....	13
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II.....	16
FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1. ESTRÉS.....	16
2.2. DISCAPACIDAD	25
2.3. CUIDADOR	34
2.4. LA MUJER COMO CUIDADORA INFORMAL.....	36
2.5. LA ENFERMERA/O EN LA SALUD MENTAL.....	37
2.6. ESTUDIOS RELACIONADOS.....	38
CAPÍTULO III.....	40
MARCO REFERENCIAL.....	40
UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL DEL AZUAY.....	40
UNIDAD EDUCATIVA AGUSTIN CUEVA TAMARIZ	42
CAPÍTULO IV	45
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
CAPÍTULO V	46
DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
5.1. TIPO DE ESTUDIO	46
5.2. ÁREA DEL ESTUDIO.....	46
5.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	46
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	47
5.5 VARIABLES	47
5.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	47
5.7. PROCEDIMIENTOS.....	49

5.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	50
5.9. ASPECTOS ÉTICOS	50
5.10. RECURSOS.....	50
5.11. CRONOGRAMA.....	51
CAPÍTULO VI	52
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	52
CAPÍTULO VII	72
DISCUSIÓN	72
CAPÍTULO VIII	76
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
LIMITACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	91

Gloria Estefanía Carchi Heras, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LAS UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 4 de agosto de 2015.



Gloria Estefanía Carchi Heras

C.I: 0105382378

Gloria Estefanía Carchi Heras, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LAS UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 4 de agosto de 2015.



Gloria Estefanía Carchi Heras

C.I: 0105382378

Cristina Alexandra Castillo Rivera, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LAS UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 4 de agosto de 2015.

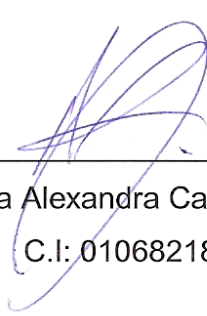


Cristina Alexandra Castillo Rivera

C.I: 0106821820

Cristina Alexandra Castillo Rivera, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LAS UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 4 de agosto de 2015.



Cristina Alexandra Castillo Rivera
C.I: 0106821820

DEDICATORIA

A Dios por ser el gestor de mi vida y darme la oportunidad de cumplir con mis metas; y ser la fuente de esperanza, amor y fe.

A mi esposo Marco y mi hija Sammy, por su paciencia, amor y comprensión, quienes me han acompañado a lo largo de mis estudios, en la ardua tarea del día a día, siendo determinantes en la culminación de mi carrera, y motivo de inspiración y fuerzas para seguir adelante.

A mi mami Mary y mis hermanas Mayra, Jessica y Mercy, por estar a mi lado apoyándome para salir adelante, con sus consejos y sus ánimos en la lucha.

A mi papi, esta meta cumplida será su orgullo.

A mis suegros y cuñados por su ayuda, apoyo y amor incondicional.

A mis familiares, amigos y quienes recién se suman a mi vida por hacerme compañía con sus ánimos y alegría; y así contribuyeron para la cristalización de mi más grande sueño, mi profesionalización.

A todos gracias...

Estefanía Carchi

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo investigativo a mis padres Giovanni Castillo y Glenda Rivera que con sacrificio, perseverancia y amor hicieron posible la culminación de mi vida estudiantil a mis abuelos Oswaldo y Lastenia por ser la brújula que orienta mi vida, por sus sabios consejos, sus valores que me han permitido tener una vida de bien y ser una buena persona ante todos los obstáculos, a mi hermano Sebastián por ser el motivo que mis días se llenen de felicidad y alegría, a Ti por ser mi apoyo incondicional por estar junto a mí en todo momento por ser mi paño de lágrimas por tanto amor y confianza.

Cristina Castillo

AGRADECIMIENTOS

Al personal docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca y de manera especial a la Lcda. María Merchán por su dedicación y entusiasmo en la dirección de esta tesis; de igual manera a la Lcda. Amparito Rodríguez por su tiempo brindado en la asesoría de la misma.

A la Lcda. Gloria Sánchez y al Lcdo. Wilson Cherres directores de las Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz respectivamente, por permitirnos la entrada a las instituciones donde laboran y brindarnos su guía y colaboración.

Finalmente a todas las personas que con cariño, esmero y desinterés contribuyeron a lo largo del proceso de formación y la elaboración de la presente tesis.

Estefanía y Cristina

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual es una complicación que limita la participación activa de las personas que la presentan, y esto a su vez conlleva a que las mismas no puedan desenvolverse correctamente en un medio social con normalidad, por lo cual, existe marginación y exclusión social, afectando psicológicamente a los cuidadores familiares que dejan sus actividades cotidianas para brindar un cuidado directo, llevándolos a emprender nuevas tareas y exigencias, desencadenando tensiones que al no ser afrontadas de la mejor manera pueden producir estrés, y que muchas veces es consecuente a la respuesta de grandes cambios que surgen en su vida diaria, teniendo que enfrentarse a varias limitaciones para poder salir adelante, estas situaciones son en la mayoría de los casos desconocidas por el medio social.^{1,2}

Es una realidad poco conocida, pero muy sentida por quienes la viven día a día; el hecho de cuidar a personas con discapacidad intelectual, incrementa las necesidades socio - económicas que diariamente se requieren para poder subsistir en el medio actual en el que es necesario aumentar los cuidados requeridos para garantizar una calidad de vida, lo que puede generar ansiedad y estrés, es decir, el debilitamiento de la salud mental.

Esto constituye una preocupación para el personal de salud y más aún para el de enfermería que diariamente brinda educación y apoyo a las familias de personas con discapacidad intelectual, para que mediante el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) se realicen programas de promoción y prevención; y con ello disminuir niveles altos de estrés que pueda afectar su salud, tanto física como mental.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad intelectual es un problema de salud pública poco conocido por el medio social en el que se vive. El Ecuador según el último censo realizado en 2010, tiene una población de 14'306.000 habitantes, en la que el 2.74% (397.233) de la población presenta algún tipo de discapacidad, y el 0.60% (87.581) presenta discapacidad intelectual (Fuente: Guía Sobre Discapacidades 2013).³

En Azuay con una población de 712.127 de habitantes, el 0.73% (5.225) presentan discapacidad intelectual, en Cuenca se cuenta con una población de 505.585 habitantes y de ello 0.67% (3060) presentan discapacidad intelectual. (Fuente Información Censal Cantonal).^{3,4}

La discapacidad intelectual no es un tema aislado como se dice, ante esto es necesario que se conozca esta realidad, debido a que la vida que llevan es muy dura para quienes diariamente habitan con dichas personas, aunque el paso del tiempo vaya demostrando lo contrario; se sabe que es un trabajo sacrificado el tratar de brindar un cuidado personalizado en un medio que no cuenta con todos los recursos para que puedan desenvolverse.⁵

Esta situación desenlaza la presencia de estrés en los cuidadores familiares de las personas con discapacidad intelectual ya que deben estar pendientes de su cuidado durante toda su vida, pues no pueden desenvolverse con facilidad, muchas veces en su totalidad; ahora bien, en este medio social no se da importancia al desequilibrio emocional como es el estrés en los cuidadores, debido a la poca información y a la falta de interés, reflejado en la ausencia de estadísticas sobre el tema.⁶

Por lo cual se plantea:

¿Cuántos cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual de las unidades educativas en estudio, presentan estrés?

JUSTIFICACIÓN

En Cuenca la discapacidad intelectual es un tópico poco estudiado debido al desconocimiento y la falta de interés; ante ello, solo es preocupante cuando dentro de las familias lo conocen, pero no lo comparten por temor al rechazo social; y en la mayoría de los casos, no se ha dado mayor cobertura, no porque estas personas no lo quisieran, sino porque el tiempo que dedican a sus familiares con discapacidad intelectual es exclusivo, sin considerar que tienen más hijos a quienes atender y que el tiempo con el que disponen es limitado.

La enfermera como integrante del equipo de salud, conforme a su trabajo en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población, es clave, es decir desempeña una función importante, ya que, puede brindar educación y soporte emocional a las familias de personas con discapacidad intelectual; además de unirse a otros profesionales de la salud, para guiarlos y ser un apoyo a estas familias, lo cual además contribuye al conocimiento, formación y enriquecimiento de esta profesión.²

Con el presente estudio, se pretende beneficiar a los cuidadores familiares de los estudiantes de las Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, debido a que ellos enfrentan situaciones con un nivel de tensión más alto, que puede afectar a su salud tanto física como mental, e indirectamente a las instituciones educativas; es necesario saber y determinar la prevalencia de estrés en estos cuidadores, en la perspectiva de emprender acciones orientadas a la salud mental de este grupo de personas.

Por lo expuesto se cree conveniente determinar la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares de estudiantes con discapacidad intelectual que acuden a las Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz”, tomando en cuenta que anteriormente no se han realizado estudios de prevalencia de estrés en cuidadores familiares en estas instituciones.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ESTRÉS

Epidemiología: los estudios realizados acerca de esta problemática dan a conocer al estrés como “La enfermedad del siglo XXI”; en la misma categoría, la OMS la define como una “Epidemia Mundial”.¹

Según la empresa GFK (2012), indica que en Ecuador, el 10% de los ecuatorianos presentan estrés, el estudio fue realizado en Quito y Guayaquil, dicho estudio contó con la participación de 514 guayaquileños y 492 quiteños. Este estudio fue parte de una investigación que se realizó en países como México, Venezuela, Panamá y Colombia, en donde los dos primeros países señalados presentaron al igual que el Ecuador cifras similares de estrés.^{2,3}

Indica Gálvez (2005), en estudios a nivel mundial, que en los últimos años dan a conocer que hay una posibilidad de estar expuesto a un efecto estresante; en el hombre el 61%, mientras que en la mujer el 51%; datos que no reflejan realmente la situación a la que está expuesta la persona; se cree que se puede desarrollar eventualmente un trastorno estresante en aproximadamente 30 – 40%^{4,1}; pero no se debe olvidar que las mujeres son quienes tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar algún trastorno relacionado al estrés.

Carrillo y col. (2013), en su estudio “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria”, indica que los cuidadores informales presentaban una sobrecarga de estrés en un 87% en las mujeres, mientras que el 13% en los hombres.¹⁷

Pilar Del pozo y sus colaboradores (2006) en su estudio realizado en Madrid “Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista” revela que la mayoría de las madres (87%) mostraban un grado de estrés por encima del considerado clínicamente significativo ($PSI > 90$).¹⁴

Holmgren y colaboradores (2005) en su estudio “Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar” demuestra que en el 84% de la muestra de estudio hay presencia de factores estresantes y se han sentido desamparados frente a la enfermedad de su familiar (56%), disminución de sus actividades sociales por dependencia emocional muy intensa del paciente bipolar hacia el cuidador, y al temor de este último de dejar solo al paciente por sus fluctuaciones de ánimo (64%), y algunos percibieron conductas de manipulación del paciente con el objeto de atraer atención sobre sí.⁸

Concepto: el estrés es un término muy utilizado en el medio en el que se vive, de forma cotidiana, por lo que muchas veces es confundido con la ansiedad, el enojo y otros rasgos de carácter.

La palabra Estrés proviene del griego “stringere” que significa “provocar tensión”; este término se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces fue empleado por varios autores. En el siglo XX, Hans Selye científico Austrohúngaro en 1936 define al estrés “como la acomodación de una persona a situaciones nuevas con una respuesta inespecífica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio”.¹

McGrath en 1970, se refiere a “un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo”. Kals en 1978, lo define como “la conducta que aparece cuando las demandas del entorno superan a las capacidades de afrontarles”. Lazarus y Folkman en 1984, lo definen como “la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.¹

En cambio, la OMS considera al estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (OMS 1994).^{9,10}

El estrés se produce entonces como respuesta a situaciones externas, que determinan un desequilibrio emocional al tener que enfrentar circunstancias desconocidas para la persona dando como resultado el querer evadir dicha situación o enfrentarla de manera incorrecta. En esta reacción participan absolutamente todos los órganos del cuerpo, siendo afectados diariamente por la rutina de las actividades; produciéndose a largo plazo la sobrecarga de estrés como resultado de no afrontar adecuadamente varias situaciones diarias.

Las personas con alto nivel de estrés muchas veces al tomar decisiones se centran en lo positivo y en las recompensas dejando a un lado todos los riesgos que tendrán que tomar; esta respuesta acelerada se da por un desequilibrio entre el cuerpo y la mente lo que impide responder de forma adecuada ante ciertas exigencias.¹¹

Fisiología del estrés: cuando estamos expuestos a situaciones estresantes, el organismo da lugar a una serie de ajustes a largo y a corto plazo, lo que desencadena una serie de procesos.¹⁰

Secuencia de los procesos fisiológicos en el organismo:

- ✓ **Eje hipofisopararrenal:** se encuentra constituido por el hipotálamo localizado en la base del cerebro, por encima de la glándula hipófisis y debajo de los hemisferios cerebrales, activa la hipófisis y corteza suprarrenal ante la presencia de agentes estresores de la siguiente manera:¹²

Regulación de Cortisol por eje Hipotálamo-Hipófisis- Corteza Suprarrenal

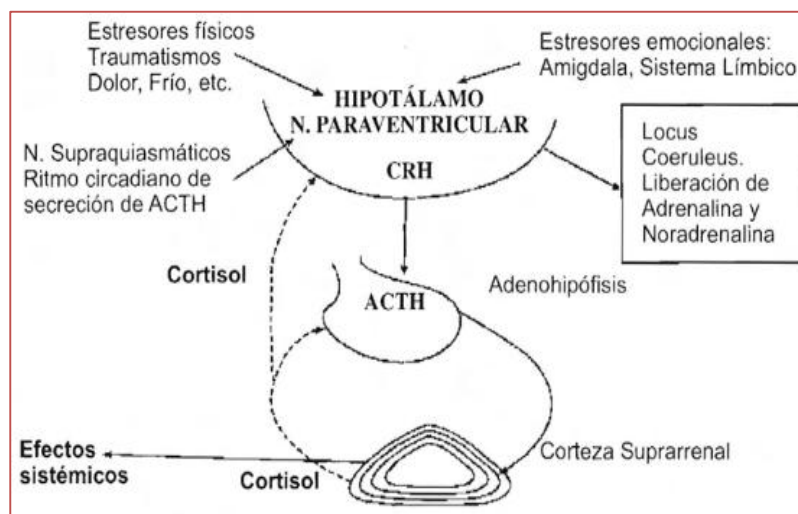


Grafico 1: Regulación de Cortisol por eje Hipotálamo-Hipófisis- Corteza Suprarrenal

Fuente: Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma¹³

El eje hipotalámico se activa ante la presencia de agentes estresores físicos o emocionales produciendo secreción de la hormona CRF (Factor liberador de corticotropina). Esta hormona provocará que la hipófisis segregue de igual manera la hormona ACTH (Adenocorticotropa), la misma que será vertida en la sangre del sistema portal hipotálamo hipófisis incidiendo sobre la corteza de la glándula suprarrenal produciendo la liberación de glucocorticoides en especial del cortisol, el cual ejerce retroalimentación negativa tanto en el hipotálamo como en la hipófisis. El hipotálamo también incita al locus cerúleo a la descarga masiva de adrenalina y noradrenalina ante la presencia de algún agente estresor.¹⁴

El 75 % de cortisol diario se libera durante la mañana entre las 4 am y las 10 am permitiendo al organismo enfrentar los estímulos estresantes.

Tipos de estrés:

- Según su duración se clasifican en: ¹⁵
 - **Estrés agudo:** es estimulante y excitante, surge de las presiones pasadas y futuras; no perdura en el tiempo.

- **Estrés agudo episódico:** cuando el estrés agudo se presenta en varias ocasiones.
 - **Estrés crónico:** este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año.
- Según sus efectos, Edwards y Cooper en 1988 utilizan el término “Eustrés o Distrés” para diferenciar el estrés en la personas.^{16,17}
- **Eustrés:**¹⁶ del prefijo griego *eu* que significa bueno, saludable. Este tipo de estrés es un catalizador vital; se caracteriza por ser bueno emocionante y saludable, ayuda a que las personas se enfrenten a los retos del diario vivir, la cantidad justa de estrés es estimulante tanto física como mental ayuda a superar las exigencias del medio en el cual pertenecemos, acoplándonos de esta manera a las situaciones que se dan según cada persona, éste se asocia a la dopamina sustancia química que media el placer en el cerebro.
 - **Distrés:**¹⁷ del prefijo griego *dys* que significa malo; este tipo de estrés desequilibra la homeostasis; se caracteriza por ser malo y perjudicial para el organismo, provocado por elementos negativos, los cuales producen liberación de cantidades excesivas de cortisol produciendo una aceleración de las funciones orgánicas, perdiendo de esta manera el equilibrio emocional y físico.
- Según el Instituto Canadiense del Estrés; el Distrés pasa por una serie de etapas evolutivas:^{18,19}
1. Fatiga física o mental crónica.
 2. Problemas interpersonales y/o desenganche emocional.
 3. Equilibrio emocional muy lábil con emociones cada vez más agitadas.
 4. Aparición de dolencias físicas crónicas.

5. Establecimiento de enfermedades crónicas relacionadas con el estrés: colitis, hipertensión arterial, úlceras digestivas, asma, entre otras.

Mecanismos del Estrés

Escala de estrés según la frecuencia de Hans Selye

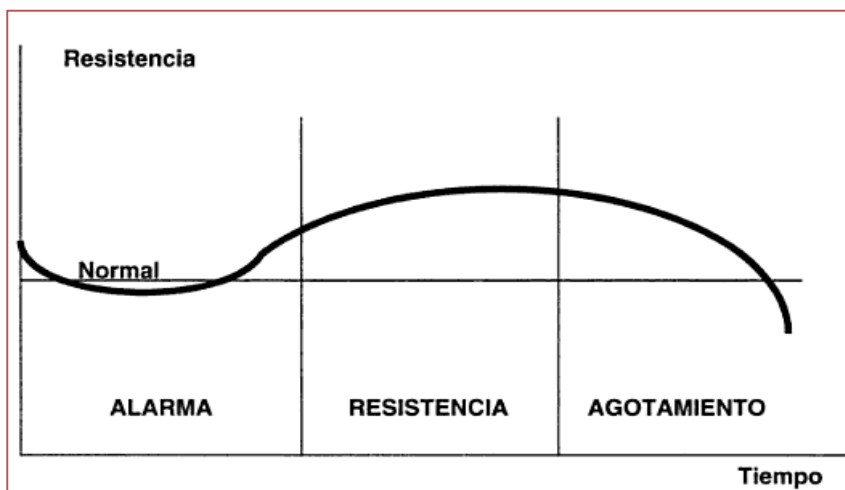


Grafico 2: Escala del Estrés según su frecuencia de Hans Selye.

Fuente: Gestión del Estrés: Cómo entenderlo, cómo controlarlo y cómo sacarle²⁰

El síndrome general de adaptación descrito por Hans Selye en 1975 consiste en tres fases:^{13,20,21,22}

- ✓ **Fase de alarma:** la reacción de alarma conforma la fase inicial, en la que el organismo registra indeliberadamente el estímulo estresante y se prepara ya sea para enfrentarlo o evadirlo.

El cerebro envía un mensaje bioquímico a todos los sistemas orgánicos, que activan la secreción de las hormonas adrenalina y noradrenalina, provocando de esta manera diferentes reacciones en el organismo tales como: shock o congelamiento, aumento del tono muscular, sudoración, midriasis, taquicardia, taquipnea, aumento de la glicemia por glucogenólisis, al final de esta fase cuando desaparece el estímulo estresor el organismo recupera su resistencia sin efectos negativos.

- ✓ **Fase de resistencia o adaptación:** en esta fase el organismo sigue luchando contra el agente estresor sin que exista un estado de relajación, produciendo un aumento de los requerimientos energéticos, interviniendo de esta manera la hormona glucocorticoide que eleva la glucosa que los órganos como el corazón, cerebro y los músculos necesitan para poder funcionar correctamente y evitar que se produzca estados de ansiedad, fatiga y tensión.
- ✓ **Fase de colapso o agotamiento:** en esta fase el agente estresor es continuo y persiste en el tiempo, el organismo agota sus recursos energéticos, perdiendo su capacidad de adaptación. El estado de estrés es tan fuerte que el organismo se colapsa provocando enfermedades como son: insomnio, falta de concentración, patologías inmunológicas y cardiovasculares.

Componentes del Estrés: según Melgosa (1999) el estrés cuenta con dos componentes básicos:^{21,23}

1. Los agentes estresantes o estresores
2. Respuesta al estrés

- ✓ **Estresantes o estresores:** se definen como estímulos o situaciones, externas o internas que provocan pérdida de la homeostasis y producen estrés; los estresores pueden presentarse de manera aguda o crónica, dependiendo la situación de cada persona. Santos en 2004, llama estresores a todos los factores que originan estrés y el nivel de activación del individuo se estima como el nivel inicial de una condición de estrés.
- ✓ **Respuesta al estrés:** se puede definir como un conjunto de reacciones que el organismo presenta frente a agentes estresores; el propósito de esta respuesta es neutralizar los agentes que pueden alterar la homeostasis permitiendo al organismo adaptarse, tomando en cuenta

que si el estrés perdura mucho tiempo puede volverse crónico y desencadenar varias patologías.

Consecuencias del estrés:^{20,24,25,26} el estrés inicialmente ayuda a que el organismo se active, aumentado su productividad; sin embargo, cuando este proceso de activación es muy prolongado el organismo agota sus recursos energéticos provocando un estado de cansancio y ansiedad, el mismo que se evidencia diariamente.

Las consecuencias negativas del estrés producen múltiples afecciones en la salud como son:

Nivel fisiológico:

- ✓ Taquicardia
- ✓ Taquipnea
- ✓ Nausea
- ✓ Cefalea
- ✓ Mialgias
- ✓ Tics
- ✓ Anorexia
- ✓ Envejecimiento precoz
- ✓ Disfunción sexual
- ✓ Gastralgias
- ✓ Palpitaciones
- ✓ Vértigo

Nivel cognitivo-subjetivo:

- ✓ Miedo
- ✓ Inseguridad
- ✓ Indecisión
- ✓ Preocupación
- ✓ Temor
- ✓ Angustia

- ✓ Pensamientos negativos sobre el futuro.
- ✓ Temor a que se perciba la inseguridad.
- ✓ Dificultad para concentrarse y percibir la realidad.
- ✓ Dificultad para tomar decisiones y resolver problemas.

Capacidad emocional:

- ✓ Aburrimiento
- ✓ Apatía
- ✓ Ansiedad
- ✓ Agresividad
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Soledad

Además de estas reacciones, el estrés provoca en las personas “la visión o efecto túnel”, como resultado la atención se concentra en un solo objetivo perdiendo la capacidad de percibir el entorno, esta pérdida restringe la facultad de evaluar la situación llevando a que las personas no siempre tomen las decisiones idóneas; finalmente si el estrés es prolongado y muy intenso se producirán un sin número de enfermedades que al no ser tratadas pueden llevar hasta la muerte.

Estrés y discapacidad: el mecanismo de estrés ligado a cuidadores familiares de personas con discapacidad se puede dividir en cuatro instancias:²⁷

1. El factor estresante
2. Los síntomas físicos, psíquicos y emocionales
3. Recursos para controlar el estrés
4. Estrategias de afrontamiento

Muchos cuidadores experimentan estados previsibles de estrés generados por la crianza y el cuidado diario de su familiar, produciendo disrupción en la dinámica de su hogar, este es sin duda, uno de los grandes desafíos que presenta el cuidador ante la discapacidad.

Los cuidadores familiares a menudo realizan tareas excesivas deteriorando tanto su salud física como mental, su vida entera gira en torno al cuidado, aunque no lo reconozca el propio cuidador, ya que involucra una elevada responsabilidad, y se mantendrá durante años, es por ello que el cuidado se convierte en un estresor que impacta negativamente sobre el cuidador y que probablemente lo sobrecargará; por lo que Zarit conceptualiza al cuidado informal como un evento vital estresante.^{28,29}

Y de hecho, las personas que asumen el cuidado suelen acarrear graves problemas de salud derivados del estrés, originado por las circunstancias en que se desarrolla el cuidado a lo largo de un período de varios años; esta situación de malestar y estrés sobre el cuidador ha sido conceptualizada con el término general de carga.^{1,28}

2.2. DISCAPACIDAD

Historia de la discapacidad:^{30,31} desde el principio de la historia universal la discapacidad siempre ha sido relacionada con segregación y discriminación, se pensaba que una persona con discapacidad no tenía nada que aportar a la sociedad, además se creía que era una maldición y un castigo de los dioses; el estado tenía la facultad de evitar que sus ciudadanos fueran deformes o presenten algún problema intelectual, por lo que se practicaba muchas veces genocidio e infanticidio, esto fue con la finalidad de evitar que en su grupo social existan individuos que no aporten ningún beneficio al medio.

Aristóteles filósofo Griego escribió: sobre el abandono y la crianza de los hijos, “una ley debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado”, con la llegada del cristianismo a nivel mundial, se pudo frenar de alguna manera el abuso a las personas “diferentes”. Desde la edad media la iglesia y el poder feudal se hizo cargo de dichas personas, a pesar de algunos avances, aún persistió el abuso.

En la edad moderna, hasta finales del siglo XIX, la discapacidad se toma en consideración como un problema científico y social; en la actualidad la discapacidad no es un tabú, ni es una condena, más bien hay leyes e instituciones que luchan por una igualdad y una calidad de vida digna, por lo que fue necesaria una visión psicosocial centrada en la inclusión social, y es así que muchas de estas personas están activas en nuestro medio, y con ello surgen centros de apoyo en las diferentes áreas en las que puedan desarrollarse de acuerdo a su capacidad, para mejorar su desarrollo motor, educativo y afectivo.

Antes de poder definir a la discapacidad intelectual debemos considerar que:

Discapacidad:³² limitación, impedimento o dificultad que tiene un ser humano para realizar determinadas actividades cotidianas “normales”, debido a la alteración de sus funciones físicas, auditivas, visuales e intelectuales.

De acuerdo al Art.3 del Reglamento General de la Ley de Discapacidades del Ecuador, “Se considera persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, y/o sensoriales, genéticas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales”.³²

Minusvalía:³³ según la OMS se considera minusvalía a una “situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales.”

Deficiencia:³³ la OMS indica que “es toda pérdida o anomalía de una estructura, o función psicológica, fisiológica o anatómica.” Así, según la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías) y desde el punto de vista de la salud, “una deficiencia es toda pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de éste.

Limitación:³⁴ es la falta de una función fisiológica o psicológica.

Inteligencia:³⁴ se define como la “capacidad para entender o comprender” y como la “capacidad para resolver problemas”.

Coeficiente Intelectual:³⁴ es la forma la más común de expresar el nivel de desarrollo mental, con relación a la edad real o cronológica; se obtiene dividiendo la edad mental, determinada por medio de un test general de inteligencia, por la edad real y se multiplica el resultado por cien (UNESCO 1983).

Tipos de Discapacidad:^{35,36}

- ✓ **Discapacidad Física:** imposibilidad que puede ser temporal o permanente, que afecta dependiendo el caso tres sistemas corporales: sistemas osteo - articular, nervioso y muscular.
- ✓ **Discapacidad Intelectual:** limitación intelectual y adaptativa, se origina generalmente antes de los 18 años.
- ✓ **Discapacidad Mental:** disfunción de los procesos psicológicos de un individuo que no permiten afrontar ciertas limitaciones ocasionando un desequilibrio emocional.
- ✓ **Discapacidad Sensorial:** disminución o deficiencia que afecta a los órganos principales de los sentidos, dentro de esta categoría encontramos:
 - **Discapacidad Visual:** afección de los órganos que conforman la visión en mayor o en menor grado, desencadenado por diferentes causas o enfermedades; limitando el desarrollo y el aprendizaje normal de una persona.

- **Discapacidad Auditiva:** déficit auditivo parcial o completo que imposibilita la percepción e interpretación de los sonidos externos, repercutiendo en el individuo en aspectos sociales, personales y educativos.

Discapacidad Intelectual:

- La OMS la define como término general que “abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación; por consiguiente, es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.^{37,38}

- La definición de retraso mental propuesta por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y Desarrollo (AAIDD), anteriormente llamada Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), plantea que la discapacidad intelectual “es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales, esta discapacidad comienza antes de los 18 años”.³⁹

Causas de la discapacidad intelectual:^{34,40,41} la aparición de la discapacidad intelectual no tiene una causa única, ya que existen varias circunstancias que pueden desencadenar la aparición de este tipo de discapacidad.

Hay casos en los que se desconoce su etiología, por lo que resulta complicado identificar los parámetros en los que suelen agruparse sus causas. De acuerdo a la clasificación de la AAIDD, y entre las causas se enunciarán las más conocidas y de mayor prevalencia:^{34,39}

- ✓ Pre-natales: inclusión citomegálica, rubéola o sarampión, sífilis, toxoplasmosis, otras infecciones maternas, desórdenes relacionados con el embarazo, desnutrición fetal, etc.
- ✓ Natales: sufrimiento fetal, hipoxia cerebral, ictericia, etc.

- ✓ Posnatales: traumatismo cerebral, infecciones, enfermedades metabólicas, crecimiento y nutrición, desordenes específicos, etc.
- ✓ Intoxicaciones: toxemia, hiperbilirrubinemia, plomo, post-inmunización, síndrome fetal asociado con el alcohol, otras intoxicaciones específicas.
- ✓ Asociado con anomalías de los cromosomas: síndrome de Down, síndrome de Patau, Síndrome de Edwards, Síndrome de Klinefelter, síndrome de automasal, etc.
- ✓ Asociado con desórdenes psiquiátricos: psicosis degenerativa, autismo, autismo infantil.
- ✓ Debido a influencias ambientales: privación ambiental, desventaja psicosocial.
- ✓ Otras: braquicefalia, macro y microcefalia, meningitis, encefalopatías, etc.

Características de una persona con discapacidad intelectual:^{39,42} las personas con discapacidad intelectual pueden presentar uno o más de las siguientes características en su desarrollo: psicomotor, cognitivo, afectivo y adaptativo; tomando en cuenta que existen diferentes niveles de discapacidad intelectual que influyen en su funcionamiento.

- ✓ **Desarrollo psicomotor:**^{43,44} es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual la persona puede dominar progresivamente habilidades cada vez más complejas. Su déficit provoca mala relación entre mundo- sujeto provocando problemas tales como:

Carl Wernicke (1848-1905), define al desarrollo psicomotor como “fenómeno evolutivo de adquisición continua y pro-agresiva de habilidades a lo largo de la infancia”.

- Retraso en las destrezas motoras.
- Escaso equilibrio.
- Mala orientación y estructuración del espacio.
- Respiración superficial.
- Dificultad para la relajación y la distensión muscular.
- Dificultad en la coordinación de movimientos complejos.

- Nivel de condición física inferior.
 - Desajustes posturales, alteración tónica.
- ✓ **Desarrollo Cognitivo:** es el acumulo de conocimientos que una persona adquiere a lo largo de su vida mediante el aprendizaje y las experiencias diarias, su déficit imposibilita el desarrollo de las personas en el medio que lo rodea pudiendo presentar:
- Percepción borrosa y superficial
 - Recopilación de información imprecisa, dificultad para planificar la conducta.
 - Dificultades en la orientación espacio-temporal.
 - Ausencia de permanencia de objeto.
 - Baja atención.
 - Necesita que se le repita las cosas varias veces.
 - Dificultad en la comprensión.
 - Falta de independencia en la propiedad del pensamiento.
 - Dificultad en la comunicación.
- ✓ **Desarrollo Afectivo- Emocional:**^{45,46} se define como los procesos por el cual la persona construye vínculos afectivos hacia sí mismo y hacia los demás, mediante conductas externas que le permitan acoplarse y sobrevivir en un medio. A la persona con discapacidad intelectual se le hace muy difícil la introspección, es decir, tener conciencia de sus estados de ánimo y reflexionar sobre los mismos, produciendo una serie de problemas:
- Tendencia a evitar fracasos.
 - Tendencia a guiarse en algo externo para solucionar problemas.
 - Sentimientos de frustración, hiperactividad, vulnerabilidad al estrés y a reacciones de ansiedad, y un pobre concepto de sí mismo.
 - Reducida capacidad de autocontrol y de aplazamiento del refuerzo.
 - Baja autoestima o sobreestima de sus capacidades.
 - Mayor grado de ansiedad.
 - Conductas anómalas como estereotipias y agresiones.

- Dificultades de autocontrol.
- ✓ **Desarrollo Adaptativo:**⁴² es el conjunto de habilidades para utilizar la información, en el ámbito social y en la práctica, y que son aprendidas por las personas para funcionar de manera adecuada ante las situaciones diarias; en una personas con discapacidad intelectual puede haber:
 - Problemas para adaptarse socialmente.
 - Dificultades para la socialización.
 - Retraso en la adquisición de hábitos de autonomía.
 - Retraso en las habilidades sociales.
 - Impulsividad

Clasificación de la discapacidad intelectual:^{39,47} según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y Desarrollo (AAIDD) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR):

- ❖ **Limítrofe:** CI de 70 - 79. Su discapacidad se evidencia generalmente en aspectos específicos del aprendizaje, como el ritmo del mismo o una dificultad puntual en un área determinada; las habilidades sociales y de comunicación son buenas y la persona es independiente tanto social como individualmente.
- ❖ **Leve:** CI de 55 - 69. Se caracterizan por su lentitud en el desarrollo, pero en la vida adulta, no tienen problemas en el desarrollo de la vida cotidiana. En áreas perceptivas y motoras suele apreciarse un cierto retraso; posee capacidad para la lógica concreta, pero no maneja el pensamiento abstracto; sus competencias relacionadas con los procesos de lectoescritura y cálculo básico pueden llegar a ser equivalentes a las de un escolar entre los 8 y 10 años, aunque a un ritmo menor y con apoyo.
- ❖ **Moderada:** CI de 40 - 54. Entre sus características más importantes están: aprenden a comunicarse mediante un lenguaje oral que presenta

dificultades en su expresión y comprensión; pueden adquirir habilidades pre-tecnológicas básicas para desempeñarse en algún trabajo, pero tienen dificultad al momento de utilizar técnicas instrumentales básicas; este tipo de discapacidad refleja lo que es la deficiencia mental y se encuentra entre los límites “intermedios”.

- ❖ **Severa:** CI de 25 - 39. Se caracterizan por: nivel de autonomía social y personal insignificativo, por lo que necesitan de la ayuda o protección de una persona que esté pendiente de ellos; en el área psicomotora tienen graves problemas de deficiencia; en la comunicativa pueden aprender algún sistema de comunicación debido a que su lenguaje oral es insuficiente. El objetivo principal de rehabilitación con este tipo de deficiencia no es la enseñanza convencional sino la adquisición de un gran número de habilidades de autonomía básica.
- ❖ **Profunda:** CI por debajo 24. Incluye aproximadamente en el 1%-2% de las personas con discapacidad cognitiva; la mayoría de las personas con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su discapacidad cognitiva. Durante los primeros años desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Una de las características fundamentales es que existen graves problemas de conducta y a causa de esto, estas personas viven en instituciones y son dependientes de la ayuda de las demás personas.
- ❖ **Discapacidad cognitiva de gravedad no especificada:** se utiliza cuando existe claridad sobre la discapacidad, pero no es posible verificar mediante los test. Dependiendo del nivel de gravedad de discapacidad cognitiva, la persona se puede “educar” y capacitar para que aprenda a vivir en la sociedad; puede dominar ciertas habilidades de lectura global, puede trasladarse a lugares desconocidos o familiares, puede aprender un oficio y trabajar en él, siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo.

- De acuerdo al CONADIS, existe la calificación de la discapacidad intelectual de acuerdo a porcentaje: ⁴⁸

Grado	Porcentaje	CI
Limítrofe	1 - 19%	70-79
Leve	20 - 29%	55 – 69
Moderado	30 – 49%	40 – 54
Grave	50 – 69%	25 – 39
Muy Grave	70 – 100%	0 – 24

Diagnóstico de la discapacidad intelectual:³⁹ de acuerdo a la AAIDD en 2011, señala que para diagnosticar a una persona con discapacidad intelectual se debe determinar:

- ❖ Limitaciones significativas del funcionamiento intelectual
- ❖ Limitaciones significativas de la conducta adaptativa
- ❖ La edad de aparición es antes de los 18 años

Familia y discapacidad:⁴⁹ la familia es la principal escuela de desarrollo, el primer entorno en donde los miembros que la conforman evolucionan y se desarrollan a nivel físico y mental, involucrando factores sociales ambientales y culturales; la maternidad y paternidad es una etapa en la cual se evidencian cambios que van a determinar el nivel de aceptación hacia esta nueva fase, la cual se ve truncada con el nacimiento de hijos/as con discapacidad.

La reacción de la familia ante un diagnóstico de discapacidad es impactante, pudiendo repercutir a lo largo de toda su vida; el hecho se aprecia como algo inesperado que rompe todas las expectativas del hijo anhelado; este hecho produce que la familia atraviese por ciertas etapas emocionales, Elizabeth Kubler-Ross da a conocer cinco etapas que suele presentar la familia ante esta noticia:^{49,50,51}

- ✓ **Negación:** la familia conserva la esperanza de que el diagnóstico sea erróneo, mostrándose incrédulos ante la situación.
- ✓ **Agresión:** los padres pueden culparse mutuamente por el problema del niño/a agrediéndose psicológica y físicamente en algunos casos. Estas reacciones son fruto de la frustración y la impotencia que sienten ante esta noticia.
- ✓ **Negociación:** en esta etapa aún no se acepta el diagnóstico por completo; sin embargo los padres están abiertos a escuchar y a dialogar con el médico sobre el problema de su hijo.
- ✓ **Depresión:** la sensación de desaliento que se experimenta en esta fase compromete la salud física y mental de la familia los síntomas de depresión como falta de apetito, astenia, apatía, irritabilidad afectan diariamente impidiendo llevar una vida productiva.
- ✓ **Aceptación:** esta etapa se caracteriza por ser parcial o total dependiendo el caso, aunque las etapas anteriores pueden aparecer nuevamente, de este modo el proceso de aceptación dependerá de muchos factores entre ellos: la dinámica familiar, las relaciones de pareja y apoyo social.

2.3. CUIDADOR

Definición: se define como aquella persona que brinda cuidado específico a otra con algún tipo de discapacidad, minusvalía o dependencia, que dificulta el desarrollo normal de sus actividades cotidianas y sus vínculos interpersonales, en el medio en que se desenvuelve.^{52,53}

Según Bergero 2000, el término cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente de parentesco aunque

se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias.⁵⁴

Carga del cuidador familiar: la carga del cuidador es un concepto multidimensional con características subjetivas y objetivas: la carga subjetiva tiene que ver con las reacciones emocionales que se producen al cuidar y la carga objetiva representa todos los cambios en diversos ámbitos de la vida.⁵⁵

Cigarán y col. definieron la carga como “el conjunto de problemas físicos, mentales y socio-económicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos, y que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad equilibrio emocional y libertad.”⁵⁶

Las características de los cuidadores familiares lo predisponen a sufrir un alto nivel de sobrecarga, la cual tiene que ver con todos los problemas físicos, psíquicos y socio-económicos que implica brindar una atención personalizada, comprometiendo muchas veces su bienestar y de la persona dependiente de sus cuidados; el hecho de cuidar a una persona con discapacidad involucra varios sacrificios como interrumpir los roles normales en su familia, exponerse a grandes responsabilidades y gastos de energía sobrepasando los límites de lo considerado normal.⁵⁷

Tipos de cuidadores:⁵⁸

Cuidadores Formales:^{59,60} son profesionales que reciben remuneración en el ejercicio de su profesión, prestando servicios de asistencia con horarios limitados y menor compromiso afectivo que va más allá de las capacidades que las personas tienen para cuidar de sí mismas o de los demás.

Cuidadores Informales:^{60,61} son personas que no disponen de capacitación, no son remunerados por su trabajo y brindan atención de manera voluntaria sin límites de horarios; el cuidado informal es brindado principalmente por la familia, vecinos

y amigos, los cuales asumen un alto nivel de responsabilidad hacia el cuidado de personas no autónomas.

2.4. LA MUJER COMO CUIDADORA INFORMAL

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorpora la perspectiva de género en la salud como un constructo de carácter ético, resaltando la realidad en las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, que permiten visibilizar inequidades de carácter económico, social y laboral.⁶²

El patrón cultural tradicional asigna a la mujer el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes; la mujer en el rol de cuidadora informal asume el proceso del cuidado de la salud dentro de su hogar, de forma privada e inequitativa que, sin embargo, es poco visible y reconocida socialmente.⁶³

La importancia de la mujer y en la mayoría de los casos de la madre en el cuidado del hijo o hija se debe posiblemente a la carga psicológica y cultural que representa para al ser humano la dependencia y el apego al ser que le dio la vida, además de acuerdo al grado de discapacidad puede o no valerse por sí mismo, lo cual, la ubica en una situación de dependencia de meses y aún años, estableciendo un vínculo que va a marcar a madres e hijos durante un tiempo prolongado.⁶⁴

Las funciones de la mujer, en especial de la madre están establecidas por la sociedad y la cultura donde se desenvuelven, es por eso que el hecho de no atender y de no suplir las necesidades básicas de ellos las convierten en “malas madres”⁶⁵; es por ello que cuando nace una niña o niño con algunas alteraciones en su desarrollo, sea cual sea, la madre asume este rol con mayor fuerza y dedicación, puesto que socialmente es ella quien debe procurar el bienestar psicológico y el óptimo desarrollo de su hijo; este cuidado, hace referencia a las tareas diarias que demanda la condición de su hijo con la discapacidad, los cuales son diferentes y demandantes para cada caso en particular.⁶⁶

En definitiva las mujeres sufren más la tensión de ser cuidadoras en el hogar, asumir otras responsabilidades familiares y la necesidad de tener un trabajo remunerado.⁶⁷

2.5. LA ENFERMERA/O EN LA SALUD MENTAL

Rol de la Enfermera/o en la Salud Mental:^{68,69,70,71} el comité consultor para la formación de enfermeras de la OMS/OPS considera que: “la enfermería en Salud Mental es una profesión que profundiza en el ámbito de la psiquiatría y da asistencia a la persona, familia y comunidad para fomentar la Salud Mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias del estrés y de enfermedad mental, detectando los patrones desadaptativos en el medio interno y/o externo de la persona, y aplicando el tratamiento adecuado desde una perspectiva multidisciplinaria”.

El rol de la enfermera/o en este ámbito, afronta las necesidades de cuidados que presentan las personas a los que atiende en sus intervenciones; además que evalúa los cambios psicológicos mediante la valoración pertinente que lo realiza, y con la elaboración del diagnóstico y su respectiva planificación ayuda a los pacientes a recobrar o mejorar la capacidad de sobrellevar el estrés y previene a reducir otro tipo de trastornos mentales; practica abordajes individuales, familiares y grupales, con ello potencializando la promoción y prevención de la salud mental.

El profesional enfermero debe diversificar sus actividades, técnicas y métodos para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, garantizando su autonomía y su calidad de vida, asumiendo el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión, sin el olvido de su relación profesional con el equipo de salud..

La enfermera en el desempeño de su rol dentro del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) se esfuerza por disminuir el nivel de estrés del paciente a través de la valoración, los diagnósticos de enfermería, el asesoramiento del profesional del

área psicológica y brindar el contacto y cuidado directo a los pacientes y a su vez a sus familias, para garantizar la calidad de vida, mediante la planificación y ejecución de programas de prevención y manejo del estrés.

El principal rol que desempeña la enfermera dentro de este ámbito es el de impulsar el apoyo familiar del paciente, es por ello que la enfermera debe ayudar a la familia a ser un soporte vital para la persona con discapacidad; por lo tanto, ayudar a mejorar el cuidado y apoyo que necesita.

La aplicación del PAE es fundamental en este ámbito, debido a que esta herramienta nos proporciona una panorámica de la realidad del paciente con discapacidad y la vida familiar que tiene, y partir de ahí para poder guiar y brindar estrategias para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

2.6. ESTUDIOS RELACIONADOS

En general, estudios que nos indiquen la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual existen de forma esporádica y no abarcan todas las discapacidades intelectuales existentes o las más frecuentes en el medio; actualmente existen investigaciones que se relacionan con el estrés por ejemplo:

El estudio realizado por Kishore, M, en 2011 sobre “El impacto de la discapacidad y el afrontamiento de madres de niños con discapacidades intelectuales y múltiples discapacidades”, es un estudio aproximado al que se pretende llegar, no demuestra cifras, pero como resultados nos da que el impacto de la discapacidad intelectual es tan penetrante que, salvo en ciertos dominios, las madres no pueden percibir el impacto adicional de discapacidades anejas. El afrontamiento positivo no descarta las estrategias de afrontamiento negativas, estos hallazgos tienen específica relevancia a la prestación de servicios en un contexto cultural.⁷²

Según la Dra. Lucía Martínez y colaboradores (2008) en su estudio “Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón” da a conocer la sobrecarga de estrés, señalando como resultado que: que el 12% de los cuidadores no presentan sobrecarga; el 24% sobrecarga leve; el 47% perciben una sobrecarga moderada y el 17% presentan un nivel de sobrecarga severa. Se concluye que la sobrecarga percibida por los cuidadores puede ser un indicador de estrés relacionado con el cuidado de un niño con PCIS.⁷³

La Dra. Maysa Martins y colaboradores (2014), en su estudio “Estrés familiar en madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral” da a conocer que 45,3% de ellas presentaron altos niveles de estrés; existiendo diferencias entre las madres de hijos con leve y grave compromiso motor; y las de niños con mayor edad estaban más estresadas que las de niños menores y de adolescentes; el trabajo remunerado y el tiempo libre redujeron de alguna manera el estrés.⁷⁴

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL DEL AZUAY

Historia: la unidad educativa fue creada en el mes de Septiembre del año 2001 bajo acuerdo ministerial 0245, anteriormente llamada Instituto Piloto de Integración del Azuay (IPIA), es una Institución fiscal que brinda educación a niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas al retardo mental.

Datos del establecimiento

Nombre: Unidad Educativa Especial del Azuay

Parroquia: Yanuncay

Provincia: Azuay

Cantón: Cuenca

Tipo: Urbana

Categoría: Retardo mental

Niveles: 6

Profesionales: 14

Directora: Mgs. Gloria Sánchez

Dirección: Av. Manuela Sáenz y Pedro Vicente Maldonado.

Misión: Formar y educar a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales que es la discapacidad intelectual hasta llegar a convertirlos en seres autónomos e integrados a la sociedad como entes productivos y participativos, independientemente de su discapacidad.

Visión: Convertirse en una Institución con sólidos principios capaces de mejorar la calidad de vida de los alumnos.

Características sobresalientes:

- ❖ Los alumnos presentan como discapacidad dominante retardo mental en sus diferentes categorías como son: retardo mental leve, moderado y profundo, en algunos casos esta discapacidad está asociada del síndrome de Down, parálisis cerebral, problemas de psicomotricidad, autismo, Apper, dificultades en el lenguaje, problemas conductuales, emocionales, familiares, socio económicos.
- ❖ Están distribuidos en 6 niveles pedagógicos dependiendo de su edad cronológica y desempeño funcional.
- ❖ En la escuela asisten 80 estudiantes en edades comprendidas entre los 5 y los 17 años.
- ❖ Proviene de hogares de diferente nivel socio-económico, de hogares incompletos, de padres migrantes y con una situación media baja lo que afecta su normal desenvolvimiento en la escuela y en su desarrollo personal y social.
- ❖ El diagnóstico se establece luego de la valoración correspondiente por el equipo de profesionales lo que nos permite ubicar al estudiante en el nivel adecuado tomando en consideración sus destrezas, habilidades así como la edad cronológica y edad mental.

La educación especial es parte de la educación general, que mediante la aplicación coordinada de métodos, técnicas y recursos especializados proporciona atención educativa a aquellos estudiantes con necesidades educativas especiales que por diversas causas tienen dificultad para adaptarse a los programas diseñados por la educación regular.

Objetivos de la categoría de retardo mental: como Institución que proporciona educación a estudiantes con discapacidad intelectual se proponen como objetivo principal:

Lograr la integración de los alumnos con discapacidad en el aspecto físico, social, cultural, deportivo y educativo dentro de un ambiente lo más normalizado posible en el que los servicios se adapten a las necesidades y exigencias de los estudiantes.

Los objetivos específicos que están relacionados al objetivo principal son:

- ✓ Preparar al alumno con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual con el fin de que alcance su autorrealización e integración en el mundo social y laboral como elemento activo.
- ✓ Lograr que el sujeto con discapacidad intelectual alcance el máximo desarrollo de sus potencialidades, apoyándose en sus posibilidades que en sus limitaciones.
- ✓ Desarrollar al máximo todas las potencialidades de los alumnos, mediante la implementación de un programa educativo individualizado.
- ✓ Coordinar con las autoridades de educación especial y participar en las actividades de carácter pedagógico, social, cultural, deportivo.

UNIDAD EDUCATIVA AGUSTIN CUEVA TAMARIZ

Historia: la Unidad Educativa anteriormente llamada Instituto Psicopedagógico Agustín Cueva Tamariz es un organismo gubernamental, se crea mediante acuerdo ministerial No. 084 expedido por la Dirección Provincial de Educación del Azuay, el 31 de Octubre de 1983 para dar atención a niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales, cuenta a la fecha con 129 alumnos de 6 a 18 años, distribuidos en los niveles Pre-primario, Primario y Post-primario, (brindando educación básica del primero al décimo año) los mismos que se encuentran recibiendo atención en el campo laboral y pedagógico; además en las

áreas técnicas como: Trabajo Social, Psicología Clínica, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Médico y las áreas especiales como Cultura Física y Expresión Musical.

Inició su labor con 27 niños y tres maestros, año tras año el número de alumnos ha ido creciendo actualmente contamos con 129 matriculados; muchas han sido las solicitudes que no se les ha podido atender por la falta de infraestructura física y material.

Siendo esta unidad educativa, atiende a niños con discapacidad mental, a ella acuden menores de todos los sectores de la ciudad de Cuenca a más de alumnos que vienen de poblaciones aledañas como Cumbe, Baños, Ricaurte, Balzay, etc.

Datos del establecimiento:

Nombre: Unidad Educativa Agustín Cueva Tamariz

Parroquia: Huayna Cápac

Provincia: Azuay

Cantón: Cuenca

Tipo: Urbana

Categoría: Retardo mental

Niveles: 10

Profesionales: 14

Rector: Lcdo. Wilson Cherres

Dirección: Calles Mercedes del Pozo s/n y Francisco Estrella

Misión: somos una Unidad Educativa Especial Fiscal que brinda atención en los niveles de Educación General Básica, tenemos personal capacitado para trabajar con calidad y calidez, dirigida a estudiantes con discapacidad intelectual y trastornos asociados, que provienen de diversos sectores, en edad cronológica comprendida entre los 5 y 18 años, considerando su derecho a la educación, desarrollando habilidades y destrezas acorde a sus necesidades, potenciando sus capacidades, para que puedan desenvolverse en el ámbito social, educativo, y

laboral, mejorando su calidad de vida, principios y valores para que puedan ser actores participativos en la dinámica social.

Visión: ser una Unidad Educativa Especial de excelencia, que forme estudiantes con vocación laboral, aplicando metodologías adaptadas a sus diferencias individuales con nuevas tecnologías y avances científicos con profesionales calificados y comprometidos con la institución.

Características sobresalientes: Ideario

- ❖ Acogen a estudiantes sin discriminación.
- ❖ Garantizan el derecho de los estudiantes a recibir una formación de calidad, calidez, pertinente, adecuada, actualizada y articulada con todo el proceso educativo, utilizando metodologías que se adapten a sus necesidades, capacidades y realidades.
- ❖ Educamos con libertad para formar estudiantes autónomos y con derecho al ejercicio de sus libertades considerando sus capacidades individuales.
- ❖ Trabajamos con adaptaciones curriculares estableciendo conexiones entre niveles del sistema educativo, basándonos en la normativa establecida por el Ministerio de Educación.
- ❖ Fomentamos en los estudiantes la práctica de valores que les permitan un Buen Vivir.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares de los estudiantes con discapacidad intelectual que acuden a las Unidades de Educación Especial.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares.
- Clasificar a los cuidadores según el nivel de estrés que presentan, tomando en consideración edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación.
- Identificar los niveles de estrés y sobrecarga según los test de “Estrés Percibido y Sobrecarga del Cuidador de Zarit”

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

- Es un estudio cuantitativo descriptivo transversal realizado para determinar la prevalencia de estrés de los cuidadores familiares de los estudiantes con discapacidad intelectual que acuden a las unidades de educación especial.

5.2. ÁREA DEL ESTUDIO

- El estudio se realizó en las unidades de educación especial: la Unidad Educativa Especial del Azuay, ubicado en el cantón Cuenca provincia del Azuay, localizada en el sector conocido como Control Sur en las calles Pedro Vicente Maldonado y Manuela Sáenz, al sur oeste de la ciudad; y la Unidad Educativa Agustín Cueva Tamariz, ubicada en la ciudad de Cuenca, localizada en la parroquia Huayna-Cápac en las calles Francisco Estrella y Mercedes del Pozo, al sur este de la ciudad.

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

- Universo: Unidades educativas especiales de la ciudad de Cuenca (N=209 cuidadores familiares).
- Muestra: está en relación con el universo, lo conforman los representantes de los estudiantes con discapacidad intelectual que acuden a las Unidades Educativas Especial del Azuay (n=50 cuidadores familiares) y Agustín Cueva Tamariz (n=101 cuidadores familiares), quienes participaron en la investigación (n=151 cuidadores familiares) de la ciudad de Cuenca, en el año 2015, y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Criterios de inclusión:
 - Cuidadores familiares de los estudiantes con discapacidad intelectual que acepten participar de la investigación.
- Criterios de exclusión:
 - Cuidadores familiares que no acepten participar.
 - Cuidadores formales.

5.5 VARIABLES

- V. Independiente: Cuidadores familiares
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Ocupación
 - Nivel de instrucción
 - Nivel de estrés
 - Discapacidad intelectual
- V. Dependiente: Estrés
 - Escala de Estrés Percibido PSS-10
 - Sobrecarga del Cuidador de Zarit

5.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo #1)

5.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

5.6.1. MÉTODO: el tipo de estudio es cuantitativo - descriptivo transversal.

5.6.2. INSTRUMENTO: se utilizó el test “Escala de Estrés Percibido”⁷ con sus siglas en inglés PSS (Perceived Stress Scale), modificado para determinar el nivel de estrés y la escala de “Sobrecarga de Estrés de Zarit”¹⁰.

Escala de Estrés Percibido (PSS):^{7,8,9} Perceived Stress Scale o Escala de Estrés Percibido (PSS), desarrollada por Cohen, Kamarck, y Mermelstein en 1983, validada en varios países incluido España; ayuda a determinar el grado en que las personas aprecian las circunstancias en su vida como estresantes en el último mes, se encuentran disponibles tres versiones del PSS.

La que vamos a aplicar para el estudio es la PSS-10, cual es la versión mejor aplicable, en la cual se valorará el siguiente rango:

- 0-10: Relativamente libre de estrés
- 11-20: Baja tensión
- 21-30: Estrés Medio
- 31-40: Alta tensión

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit:^{10,11,12,13} creada en 1980, validada en varios idiomas, incluyendo el español; ayuda a cuantificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Se utilizó la adaptación y validación al Castellano de Martín, Salvado, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taus-Sing (1996). Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 puntos, con un rango que va desde 1 (nunca) hasta 5 (casi siempre); la puntuación obtenida en cada ítem se suma, dando una puntuación menor de 22 y la más alta de 110 puntos, dependiendo el grado de sobrecarga del cuidador, se clasifica en:

- < 47: No presenta sobrecarga de estrés
- 47 a 55: Sobrecarga leve de estrés
- > 55: Sobrecarga intensa de estrés

5.6.3. TÉCNICAS: se aplicaron los test “Escala de Estrés Percibido”⁷ y “Sobrecarga del Cuidador”¹⁰ a través de la entrevista a los representantes de los estudiantes de las respectivas Unidades de Educación Especial.

5.7. PROCEDIMIENTOS

5.7.1. AUTORIZACIÓN: se solicitó la autorización pertinente a las autoridades responsables a la Mgs. Gloria Sánchez, Directora de la Unidad Educativa Especial del Azuay y a la Dra. Emma Sánchez, Rectora anterior de la Unidad Educativa Agustín Cueva Tamariz, para la aplicación de los cuestionarios en los centros de educación especial respectivos. (Anexo #2).

5.7.2. CAPACITACIÓN: se realizó mediante la revisión bibliográfica y consulta a profesionales de salud mental y psiquiatría.

5.7.3. SUPERVISIÓN: Directora: Máster María Gerardina Merchán Merchán
Asesora: Magister Dolores Amparito Rodríguez

5.7.4. RECOLECCIÓN DE DATOS: una vez que se obtuvo la autorización de los directivos de las dos Unidades de Educación Especial para realizar el estudio, se realizó la prueba piloto de forma aleatoria en un 20% de la población, lo que permitió estructurar con mayor claridad y precisión las preguntas.

Luego se convocó a los cuidadores familiares en diferentes grupos y días, informándolos con anticipación sobre el estudio y todo lo referente al consentimiento informado; el día de la aplicación de los formularios se les volvió a dar la información y se les solicitó, por escrito, su consentimiento (Anexo #3). Del universo de 209 cuidadores familiares, se contó con la participación de 151 en la aplicación de las encuestas (Anexo #4); el resto de representantes a pesar de las convocatorias no asistieron a las instituciones, por lo que no participaron en la investigación.

5.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para este fin se revisó la información obtenida en los formularios desarrollados para esta investigación, con la finalidad de eliminar errores de registro antes de continuar con el procesamiento de datos.

La información se codificó en un ordenador, con su correspondiente verificación; la información recolectada se procesó a través del programa Microsoft Excel 2010 para la tabulación y el análisis de las variables, de modo que los mismos se presentaron con sus respectivos cuadros y gráficos, junto a sus valores de mayor relevancia, utilizando las medidas estadísticas estándar.

Para las variables cuantitativas se utilizaron barras simples compuestas, y para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva, es decir, la medida de frecuencia relativa que se utilizó fue el porcentaje y la prevalencia; y la elaboración de la tabulación con su respectiva interpretación; los resultados se expresaron mediante tablas estadísticas de frecuencia y comparación representada en forma de porcentaje.

5.9. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo, trata de enfocar desde el punto de vista de enfermería la prevalencia de estrés de los cuidadores de los estudiantes con discapacidad intelectual, es decir que las partes no se verán afectadas en ningún sentido, al contrario los datos que se obtendrán servirán para dar a conocer una problemática poco sentida en nuestro medio; por lo cual la misma tendrá absoluta reserva, sus datos valdrán únicamente para el proceso de investigación de las autoras, para lo cual se pedirá el consentimiento informado, para que no haya problema alguno (Anexo #3).

5.10. RECURSOS

5.10.1. RECURSOS HUMANOS

- Investigadoras
- Director de tesis
- Asesor de Tesis
- Representantes o cuidadores familiares de los estudiantes con discapacidad intelectual
- Personal docente de las unidades educativas

5.10.2. RECURSOS MATERIALES (Anexo #5).

5.11. CRONOGRAMA

(Anexo #6).

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Edad

Tabla No. 1: Distribución de los 151 cuidadores familiares según edad.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
20 - 24 años	3	2.0
25 - 29años	13	8.6
30 - 34años	33	21.9
35 - 39años	29	19.2
40 - 44años	29	19.2
45 - 49años	20	13.2
50 - 60años	17	11.3
>60años	7	4.6
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la presente tabla nos indica la distribución de los cuidadores familiares incluidos en el estudio según la edad, el grupo de mayor prevalencia fue el de 30-34 años con el 21.9% de la población; el 19,2% presenta edades entre 35-44 años, la media de edad se ubica en 40 años. Gráfico #1. Anexo #7.

6.2. Sexo

Tabla No. 2: Distribución de los 151 cuidadores familiares según sexo.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Masculino	27	17.9
Femenino	124	82.1
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la presente tabla nos indica que el género más prevalente de la población fue el Femenino con el 82.1%, que representa a 124 cuidadoras familiares; el género masculino representó el 17.9%, con 27 cuidadores. Es evidente la tendencia del género femenino al cuidado de los estudiantes con discapacidad intelectual, ya que son ellas quienes dedican más tiempo a esta actividad. Gráfico #2. Anexo #7.

6.3. Estado Civil

Tabla No. 3: Distribución de los 151 cuidadores familiares según estado civil.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltera/o	25	16.6
Casada/o	90	59.6
Viuda/o	6	4.0
Divorciada/o	13	8.6
Unión libre	17	11.3
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos observar, que el 59.6% de los cuidadores familiares son casados/as; el 16.6% solteros/as; representando entre estos 2 estados civiles más del 70% de la población en estudio; para los demás estados civiles se registran porcentajes menores. Gráfico #3. Anexo #7.

6.4. Ocupación

Tabla No. 4: Distribución de los 151 cuidadores familiares según ocupación.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ama de casa	84	55.6
Obrero	6	4.0
Estudiante	5	3.3
Agricultor	6	4.4
Comerciante	17	11.3
Chofer	8	5.3
Otros	25	16.6
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: el 55.6% de la población en estudio son Amas de casa; el 16.6% se dedican a otras actividades y el 11.3% son Comerciantes; se registran porcentajes menores para otras ocupaciones. Gráfico #4. Anexo #7.

6.5. Instrucción

Tabla No. 5: Distribución de los 151 cuidadores familiares según instrucción.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Primaria completa	54	35.8
Primaria incompleta	20	13.2
Secundaria completa	32	21.2
Secundaria incompleta	26	17.2
Superior completa	11	7.3
Superior incompleta	6	4.0
Analfabeta/o	2	1.3
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla se observa que el 35.8% de los cuidadores familiares tiene primaria completa; el 21.2% secundaria completa y el 17.2% secundaria incompleta; en el resto de instrucciones se evidencian porcentajes bajos también se observa cuidadores familiares analfabetos en 1.3%. Gráfico #5. Anexo #7.

6.6. Edad del representado

Tabla No. 6: Distribución de los 151 cuidadores familiares según edad del representado.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

EDAD DEL REPRESENTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
5 - 7 años	18	11.9
8 - 10años	33	21.9
11 - 13años	44	29.1
14 - 16años	40	26.5
17 – 20años	16	10.6
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la presente tabla nos indica la distribución por edad de los estudiantes representados, el grupo de mayor prevalencia fue el de 11-13 años con el 29.1% de la población en estudio; el 26.5% presenta edades entre 14-16 años, la media de edad se ubica en 12.5 años. Gráfico #6. Anexo #7.

6.7. Parentesco con el representado

Tabla No. 7: Distribución de los 151 cuidadores familiares según parentesco con el representado.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

PARENTESCO CON EL REPRESENTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mamá	105	69.5
Papá	25	16.6
Hermana/o	3	2.0
Abuela/o	7	4.6
Tía/o	8	5.3
Otro familiar	3	2.0
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en cuanto al parentesco con el representado, el 69.5% de los cuidadores familiares fueron las madres; el 16.6% los padres y los porcentajes menores representan el resto de parentescos; como podemos evidenciar quienes se ocupan en su mayoría del cuidado de los estudiantes con discapacidad intelectual son las madres. Gráfico #7. Anexo #7.

6.8. Grado de discapacidad intelectual del representado

Tabla No. 8: Distribución de los 151 cuidadores familiares según grado de discapacidad intelectual del representado.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

GRADO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL REPRESENTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Leve	0	0
Moderado	103	68.2
Severo	32	21.2
Profundo	16	10.6
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la presente tabla nos indica la distribución por grado de discapacidad intelectual de los estudiantes; el grupo de mayor prevalencia fue el grado Moderado con el 68.2%; el 21.2% corresponde al grado Severo y el menor porcentaje al grado Profundo con 10.6%. Gráfico #8. Anexo #7.

6.9. Prevalencia de Estrés

Tabla No. 9: Prevalencia de Estrés de acuerdo al total de cuidadores familiares.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESTRÉS	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
Cuidadores con presencia de estrés	142	67.94
Resto de cuidadores	67	32.05
TOTAL	209	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: el presente cuadro nos indica que la población total de cuidadores familiares de las dos instituciones es de 209, dándonos a conocer que la Prevalencia de Estrés es de 67.09%, el mismo que corresponde a 142 cuidadores; se aplica la fórmula de prevalencia. Gráfico #9. Anexo #7.

6.10. Prevalencia de Estrés

Tabla No. 10: Distribución de los 151 cuidadores familiares según Prevalencia de Estrés.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESTRÉS	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
SI	142	94.04
NO	9	5.96
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: el presente cuadro nos indica que la población participante de la investigación es de 151 cuidadores familiares, dándonos a conocer que el 94.04% de los cuidadores familiares presentan estrés, el mismo que corresponde a 142 cuidadores; en contraste a 5.96% que no presentan estrés, representados por 9 cuidadores. Gráfico #10. Anexo #7.

6.11. Prevalencia de Estrés en el cantón Cuenca.

Tabla No. 11: Prevalencia de Estrés de acuerdo al número de personas con discapacidad intelectual del cantón Cuenca. Cuenca 2015.

ESTRÉS	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
Cuidadores con presencia de estrés	142	4.64
Resto de cuidadores familiares	2918	95.35
TOTAL	3060	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: el presente cuadro nos indica la Prevalencia de Estrés de acuerdo al número de personas con discapacidad intelectual en el cantón Cuenca; para lo cual se establece una relación de la población total de personas con discapacidad intelectual considerando el mismo número para sus cuidadores, y establecemos que los cuidadores que tiene estrés representan el 4.64%, mismo que corresponde a 142; se aplica la fórmula de prevalencia. Gráfico #11. Anexo #7.

6.12. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Tabla No. 12: Distribución de los 151 cuidadores familiares según Escala de Estrés Percibido (PSS-10).

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Relativamente libre de estrés	9	6.0
Baja tensión	77	51.0
Estrés medio	46	30.5
Alta tensión	19	12.6
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la prevalencia de Estrés en los cuidadores familiares alcanzó el 94.04% (51% Baja tensión, 30.5% Estrés medio y 12.6% Alta tensión), el 6% de la población en estudio se encuentra Relativamente libre de estrés. Gráfico #12. Anexo #7.

6.13. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Tabla No. 13: Distribución de los 151 cuidadores familiares según Escala de Sobrecarga de Estrés del Cuidador de Zarit.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
No presenta sobrecarga	47	31.1
Sobrecarga leve	35	23.2
Sobrecarga intensa	69	45.7
TOTAL	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la prevalencia de Sobrecarga en los cuidadores familiares alcanzó el 68.9% (23.2% Sobrecarga leve y el 45.7% Sobrecarga intensa), el 31.1% de la población en estudio no presentan sobrecarga. Gráfico #13. Anexo #7.

6.14. Edad y Sexo

Tabla No. 14: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Edad y Sexo.
Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

		SEXO					
		Masculino		Femenino		TOTAL	
EDAD DEL CUIDADOR		N	(%)	N	(%)	N	(%)
20 - 24 años		0	0	3	1.98	3	1.98
25 - 29 años		1	0.66	12	7.95	13	8.61
30 - 34 años		4	2.64	29	19.21	33	21.85
35 - 39 años		6	3.97	23	15.24	29	19.21
40 - 44 años		6	3.97	23	15.24	29	19.21
45 - 49 años		3	1.98	17	11.25	20	13.25
50 - 60 años		5	3.31	12	7.94	17	11.25
>60 años		2	1.32	5	3.31	7	4.63
TOTAL		27	17.85	124	82.12	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos observar que de los 151 cuidadores familiares encuestados, en relación edad – sexo, se evidencia el 82.12% corresponden al sexo femenino y se encuentra entre los rangos de 30-34 años que corresponde al 19.21%; entre 35-39 años está 15.24%, al igual que entre 35-39 años; el resto de edades en relación a sexo se encuentran en menores porcentajes. El género masculino se determina que corresponde al 17.85%, de ello se encuentra entre las edades de 35-44 años, el 7.94% y el resto de edades en menor porcentaje. Gráfico #14. Anexo #7.

6.15. Estado civil e Instrucción

Tabla No. 15: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Estado civil e Instrucción.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN									
	Ninguna		Primaria		Secundaria		Superior		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Soltera/o	0	0	15	9.93	7	4.63	3	1.98	25	16.56
Casada/o	1	0.66	38	25.17	39	25.83	12	7.94	90	59.60
Viuda/o	0	0	5	3.31	1	0.66	0	0	6	3.97
Divorciada/o	1	0.66	8	5.30	4	2.65	0	0	13	8.60
Unión libre	0	0	8	5.30	7	4.63	2	1.32	17	11.25
TOTAL	2	1.32	74	49.01	20	38.40	17	11.24	15.1	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos observar que de los 151 cuidadores familiares encuestados, según la relación Instrucción – Estado civil, se evidencia el 59.60% son casados, de ellos el 25.17% con un nivel de instrucción primaria; el 16.56% son solteros, de ellos el 9.93% con instrucción primaria; el 11.25% están en unión libre, y el 8.60% divorciados; éstos últimos cada uno representan el 5.30% con instrucción primaria. Gráfico #15. Anexo #7

6.16. Ocupación y Sexo

Tabla No. 16: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Sexo y Ocupación. Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

OCUPACIÓN	SEXO					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ama de casa	0	0	84	55.63	84	55.63
Obrero	3	1.98	3	1.98	6	3.97
Estudiante	0	0	5	3.31	5	3.31
Agricultor	0	0	6	3.97	6	3.97
Comerciante	6	3.97	11	7.28	17	11.25
Chofer	8	5.29	0	0	8	5.29
Otros	10	6.62	15	9.93	25	16.56
TOTAL	27	17.86	124	82.12	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presenta tabla se puede observar que de los 151 cuidadores familiares encuestados, en relación a la ocupación y sexo, del 82.12% del sexo femenino, de ellos el 84% son amas de casa; el 15% se dedican a otras ocupaciones y el resto de ocupaciones presentan menores porcentajes; y del 17.86% del sexo masculino, de ellos el 6.62% se dedican a otras ocupaciones, el 5.29% son choferes y el resto de ocupaciones en menor porcentaje. Gráfico #16. Anexo #7.

6.17. Edad y Estrés

Tabla No. 17: Distribución de los 151 cuidadores familiares por edad y estrés.
Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

EDAD DEL CUIDADOR	ESTRÉS					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
20 - 24años	3	1.99	0	0	3	1.99
25 - 29años	12	7.95	1	0.66	13	8.61
30 - 34años	31	20.53	2	1.32	33	21.85
35 - 39años	29	19.21	0	0	29	19.21
40 - 44años	28	18.54	1	0.66	29	19.20
45 - 49años	17	11.26	3	1.99	20	13.25
50 - 60años	16	10.60	1	0.66	17	11.26
>60años	6	3.97	1	0.66	7	4.63
TOTAL	142	94.05	9	5.96	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: cabe recalcar que para dicotomizar la variable Estrés se sumó los casos de Baja tensión, Estrés medio y Alta tensión en una sola variable.

El grupo de edad de 20-24 años presenta estrés en un 1.99%, en contraste con edades superiores como el de 30-34 años con un 20.53%; el grupo de 35-39 años un 19.21%; el resto de edades presentan estrés en menores y variables porcentajes. Gráfico #17. Anexo #7.

6.18. Sexo y Estrés

Tabla No. 18: Distribución de los 151 cuidadores familiares por sexo y estrés.
Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

SEXO	ESTRÉS					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Masculino	23	15.24	4	2.64	27	17.88
Femenino	119	78.81	5	3.31	124	82.12
TOTAL	142	94.05	9	5.95	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos observar que el Estrés es más frecuente en el género femenino con un 78.81%; mientras que en el género masculino alcanzó un 15.24%; como se evidencia el grupo vulnerable es el femenino. Gráfico #18. Anexo #7.

6.19. Ocupación y Estrés

Tabla No. 19: Distribución de los 151 cuidadores familiares por ocupación y estrés. Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

OCUPACIÓN	ESTRÉS					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ama de casa	83	54.96	1	0.66	84	55.62
Obrero	5	3.31	1	0.66	6	4.20
Estudiante	4	2.64	1	0.66	5	3.30
Agricultor	6	3.97	0	0	6	3.97
Comerciante	16	10.59	1	0.66	17	11.25
Chofer	6	3.97	2	1.32	8	5.29
Otros	22	14.56	3	1.98	25	16.54
TOTAL	142	94.06	9	5.94	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos observar que el Estrés es más frecuente en las Amas de casa con un 54.96%; el 14.56% en otras ocupaciones y el 10.59% en comerciantes; el resto de ocupaciones presentan estrés en menores porcentajes. Gráfico #19. Anexo #7.

6.20. Instrucción y Estrés

Tabla No. 20: Distribución de los 151 cuidadores familiares por instrucción y estrés. Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

INSTRUCCIÓN	ESTRÉS					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Primaria	72	47.69	2	1.32	74	49.01
Secundaria	54	35.77	4	2.64	58	38.41
Superior	14	9.28	3	1.98	17	11.26
Ninguna	2	1.32	0	0	2	1.32
TOTAL	142	94.06	9	5.94	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos observar que el Estrés es más frecuente en la instrucción Primaria con un 47.69%; el 35.77% en Secundaria, el 9.28% en Superior y el 1.32% en Ninguna. Gráfico #20. Anexo #7.

6.21. Parentesco y Estrés

Tabla No. 21: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Parentesco y Estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESTRÉS						
PARENTESCO	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Mamá	102	67.55	3	1.98	105	69.53
Papá	22	14.57	3	1.98	25	16.55
Hermana/o	3	1.98	0	0	3	1.98
Abuela/o	7	4.65	0	0	7	4.65
Tía/o	7	4.65	1	0.66	8	5.31
Otro familiar	1	0.66	2	1.32	3	1.98
TOTAL	142	94.06	9	5.94	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la tabla demuestra que el Estrés es más prevalente es en las madres en un 69.53%; el 16.55% corresponde a los padres y el resto de porcentajes pertenecen al resto de parentescos; podemos evidenciar el mayor porcentaje en las madres como principales cuidadores familiares. Gráfico #21. Anexo #7.

6.22. Grado de discapacidad y Estrés

Tabla No. 22: Distribución de los 151 cuidadores familiares por grado de discapacidad y estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

ESTRÉS							
GRADO	DE	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
DISCAPACIDAD		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Leve	20-29	0	0	0	0	0	0
Moderado	30-49	96	63.57	7	4.63	6	4.20
Severo	50-69	32	21.19	0	0	5	3.30
Profundo	70-100	14	9.27	2	1.32	6	3.97
TOTAL		142	94.06	9	5.94	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: la tabla demuestra que el Estrés es más prevalente es en los cuidadores familiares de estudiantes con el grado de discapacidad Moderado en un 63.57%; el 21.19% corresponde a Severo y el menor porcentaje el grado Profundo con 9.27%. Gráfico #22. Anexo #7.

6.23. Sobrecarga del cuidador y estrés

Tabla No. 23: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Sobrecarga del cuidador y Estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

		ESTRÉS					
SOBRECARGA CUIDADOR	DEL	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
No presenta sobrecarga		42	27.81	5	3.31	47	31.12
Sobrecarga leve		33	21.86	2	1.32	35	23.18
Sobrecarga intensa		67	44.38	2	1.32	69	45.70
TOTAL		142	94.05	9	5.95	151	100

Fuente: Aplicación de la Escala de Estrés Percibido

Elaborado por: Las autoras.

Interpretación: en la presente tabla podemos evidenciar que la prevalencia de Estrés se encuentra en el grupo de cuidadores familiares que presentó una Sobrecarga intensa con un 44.38%; el 27.81% pertenece a quienes No presentaron sobrecarga; y el 21.86% quienes presentan Sobrecarga leve. Gráfico #23. Anexo #7.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada se contó con la participación de 151 cuidadores familiares, de los cuales se evidencia una alta prevalencia de Estrés en un 94.04% de los cuidadores que lo presentan, Onwumere y colaboradores¹⁴ (2008) indican que si bien los cuidadores informales tienen un rol central en el cuidado del paciente, esto puede generar consecuencias positivas como negativas; y rescatan las evaluaciones negativas y el distrés, en especial cuando perciben que la enfermedad puede perjudicarlos a ellos o al propio paciente y que su curso es indefinido.¹⁵

En cuanto a las correlaciones del estudio, se encontró que las siguientes variables predominan en la presencia de estrés en los cuidadores familiares: tener de 30 – 34 años, ser de sexo femenino, ser madres de familia, amas de casa, tener un nivel de instrucción primario, el grado de discapacidad de su representado fue moderado y tener un grado de sobrecarga intensa del cuidador de acuerdo a la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Es de considerar, además, que el resto de cuidadores como los padres, hermanos, tíos, abuelos y otros, también tienen correlación entre el estrés y la sobrecarga del cuidador, parámetros que son significativos para el estudio; pero no debemos olvidar que la relación que tienen con los estudiantes con discapacidad intelectual es menos estrecha con los otros familiares que con las madres.

La investigación realizada demuestra que el 69.53% de las madres presentan estrés; Pilar del Pozo y sus colaboradores (2006) en su estudio realizado en Madrid “Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista” revela que la mayoría de las madres (87%) mostraban un grado de estrés por encima del considerado clínicamente significativo ($PSI > 90$).¹⁶

Carrillo y col. en 2013 en su estudio “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria”, indica que los cuidadores informales presentaban una sobrecarga de estrés en un 87% las mujeres, mientras que el 13% en los hombres.¹⁷

También indican que más de la mitad de los cuidadores familiares presentan estrés, dato que confirma los de otras investigaciones realizadas con cuidadores informales en personas con diferentes tipos de discapacidad intelectual, en diferentes países; entre los cuales, una alta emotividad implícita en su labor deriva finalmente en Estrés. En estudios que se interesan en el estrés del cuidador, como el de la Dra. Maysa Martins y colaboradores (2014), quienes relacionan al estrés con el cuidado a la persona con parálisis cerebral, en quienes hallaron altos niveles de estrés en las madres; existiendo diferencias en el estrés entre las que tienen hijos con leve y grave compromiso motor; de las de niños con mayor edad estaban más estresadas que las de niños menores y de adolescentes; el trabajo remunerado y el tiempo libre redujeron de alguna manera el estrés.¹⁸

La prevalencia de Sobrecarga en los cuidadores familiares alcanzó el 68.9% (23.2% Sobrecarga leve y el 45.7% Sobrecarga intensa); el 31.1% de la población en estudio no presentan sobrecarga. Según la Dra. Lucía Martínez y colaboradores (2008) en su estudio “Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón”, utilizando también la escala de Sobrecarga de Zarit da a conocer la sobrecarga de estrés, señalando como resultado que: el 12% de los cuidadores no presentan sobrecarga; el 24% sobrecarga leve; el 47% perciben una sobrecarga moderada y el 17% presentan un nivel de sobrecarga severa. Se concluye que la sobrecarga percibida por los cuidadores puede ser un indicador de estrés relacionado con el cuidado de un niño con PCIS.¹⁹

Pérez y colaboradores (2012) en el estudio “Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes”, señalan que, la sobrecarga se presentó en el 47,62 % de los cuidadores del

estudio. Las mujeres representaron el 90% de la sobrecarga, pues ellas constituyen la mayoría de los cuidadores en este estudio.²⁰

Como puede observarse el nivel de Estrés está íntimamente relacionado con la sobrecarga del cuidador; al correlacionar las dos variables se encontró una relación estadísticamente significativa entre las personas que sufrían un alto nivel de estrés y calificaron con una sobrecarga percibida intensa; por otra parte, se evidencia que son las mismas variables las que inciden ya sea para un nivel de estrés alto o una sobrecarga intensa.

Es evidente que el universo de estudio, los resultados confirman que las madres en un 69.5% son quienes ocupan el mayor porcentaje en el cuidado informal en más de la mitad de la población estudiada. Las madres ejercen el cuidado informal de forma que favorece las condiciones de vida para el desarrollo de estrés, por lo que se considera conveniente que se tomen medidas necesarias para evitar en los cuidadores familiares estrés causado por las exigencias que requieren los cuidados a las personas con discapacidad intelectual; así lo demuestran otros estudios similares, en los que reflejan a la madre como cuidadora principal.^{15,16,18,19,21}

Existe una correlación entre el sexo y estrés, lo que demuestra que las mujeres tienen una mayor prevalencia que los hombres, por lo cual el Estrés se refleja en el sexo femenino como cuidador familiar, por lo que se puede decir que la mujer en su instinto natural tiende a cuidar al más desprotegido, por lo cual la sociedad le otorga este rol, y se evidencia en su mayoría en las amas de casa en un 55.6% de la población en estudio.

Es por ello que Centro Arriaga Psicología (2010), en su estudio “Mujeres: Ansiedad y estrés, “epidemia” del Siglo XXI”, indica que las amas de casa es una población muy vulnerable a todo tipo de dolencias, y revelan que el 46% manifestó haber padecido depresión, ansiedad o estrés y más del 20 % refirió dolencias físicas; y continúa con su investigación argumentando sobre la poca valoración y oportunidad de autorrealización que ofrecen los trabajos domésticos, inciden

directamente en la autoestima de este grupo, quienes sienten que lo que hacen “no lo valora nadie”.²¹

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

En conclusión, es evidente la prevalencia de Estrés en los cuidadores familiares de las Unidades Educativas: Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, pues más de la mitad de la población presenta este problema.

En base a los objetivos planteados se concluye que:

- ✓ El Estrés es un problema real con un serio potencial para generar secuelas en la calidad de vida de los cuidadores familiares.
- ✓ El sexo, ocupación e instrucción son estadísticamente significativos y se relacionan con el estrés en esta población.
- ✓ El 21.9% de los cuidadores familiares se encuentra entre las edades de 30-34 años y el 2% entre 20-24 años; de acuerdo al sexo el 82.1% corresponde al femenino y el 17.9% al masculino; el 59.6% son casados y el 4% viudos; el 49.01% tienen un nivel de instrucción primaria; el 55.6% son amas de casa y el 11.3% son comerciantes.
- ✓ Los niveles de estrés según el test de Estrés Percibido PSS-10 fueron los siguientes: relativamente libre de estrés 6%, baja tensión 51%, estrés medio 30.5% y alta tensión 12.6%; con respecto al test de Sobrecarga del cuidador de Zarit los resultados fueron: no presenta sobrecarga 31.1%, sobrecarga leve 23.2% y sobrecarga intensa 45.7%.
- ✓ El grado de discapacidad influye directamente en el nivel estrés de los cuidadores familiares, reflejado en un 63.57% en discapacidad moderada, el 21.19% severo y 9.27% profundo.
- ✓ De los 151 cuidadores familiares de las Unidades Educativas: Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz el 94.04% presentan estrés siendo una cifra significativa.

RECOMENDACIONES

- ✓ La salud mental de los cuidadores familiares es muchas veces ignorada, por lo que debe ser priorizada por el personal de salud, ya que existe una íntima relación entre el estado psicológico del cuidador y la calidad del cuidado que proporcione.
- ✓ Proporcionar una mejor educación al cuidador familiar, en cuanto al manejo de su entorno, por constituir un elemento principal en su autocuidado
- ✓ Elaborar protocolos de atención en Enfermería dirigido al cuidador familiar y su proceso de atención en el cuidado a la persona con discapacidad intelectual.
- ✓ Motivar a los directivos de las instituciones educativas a que realicen talleres y charlas para poder afrontar el estrés y la sobrecarga; así como también promover evaluaciones habituales de salud mental.
- ✓ Promover a que se realicen más estudios de este tipo, para continuar con la recolección y análisis de datos sobre el estrés en esta población.

LIMITACIONES

- ✓ En la parte teórica, debido a que no se contó con fuentes de información suficientes que trataran el tema como tal, especialmente en el Ecuador, se tuvo que consultar estudios relacionados a los de alguna discapacidad intelectual con similitud al estudio realizado.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sames.org.ar. Estrés, Epidemia del siglo XXI [En línea]. 2014 [citado 1 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.sames.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=90%3Aestres-epidemia-del-siglo-xxi&catid=41%3Aarticulos-para-el-publico&Itemid=60
2. Diario El Tiempo. El estrés afecta a los ecuatorianos. [En línea]. 2012 [citado el 7 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/105066-el-estres-afecta-a-los-ecuatorianos/>
3. Diario Expreso. En Ecuador, el 10% de la población tiene estrés. [En línea]. 2012 [citado el 7 de enero de 2015]. Disponible en: http://expreso.ec/expreso/plantillas/nota_print.aspx?idArt=3645226&tipo=2
4. Gálvez J. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. Revista colombiana de psiquiatría. [En línea]. 2005 [citado el 22 de noviembre de 2014]; 34(1): 77-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100006&lng=en.
5. López Rosetti D. Estrés: Epidemia del Siglo XXI. De cómo entenderlo, entenderse y vencerlo. Lumen; 2013.
6. Corbalán G, Hernández O, Carré M, Paul G, Hernández B, Marzo C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos [Revista en línea]. 2013 [citado el 1 de abril de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300005&lng=es.
7. Pozo P, Sarriá E, Méndez L. Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. Psicothema. [En línea]. 2006 [citado el 1 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>

8. Holmgren D, Lermenda V, Cortes C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* [Revista en línea]. 2005 [citado el 1 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000400002&lng=es.
9. Rivadeneira C, Minici A, Dahab J. Algunas puntualizaciones Sobre el Estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* [En línea]. Cetecic.com.ar. 2013 [citado 22 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/algunas-puntualizaciones-sobre-el-estres>
10. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev. Chilena de neuropsiquiatría* [revista en línea]. 2010 [citado 3 de diciembre de 2014]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006&lng=es.
11. Vera M. La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos. [En línea]. 2004 Mayo [citado el 15 Febrero de 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/150149417/La-teoria-del-afrontamiento-del-estres-de-Lazarus-y-los-moldes-cognitivos#scribd>
12. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: Aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev. Chilena. Neuro – psiquiatra* . [Revista en línea]. 2002 Nov [citado el 20 de Enero de 2015]; 40 [Suppl]: 8-19. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000600002&script=sci_arttext
13. Blasina S. Estrés, Síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. [Revista en línea], [citado 20 de Febrero de 2015]; 78-86. Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf>
14. Nogareda S. “Fisiología del Estrés”. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. España. [Revista en línea], [citado 20 de Febrero de 2015] Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NT/P/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf

15. Miller L, Smith A. APA.org. Adaptado de The Stress Solution. Los distintos tipos de estrés [En línea]. 2014 [citado 2 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>
16. Herrera D. Gestión del tiempo, Recursos e instalaciones. Certificado de profesionalidad [En línea]. Málaga: IC Editorial; 2013 [citado 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=e5SCBAAAQBAJ&pg=PT39&dq=edwards+y+cooper+1988+distres+y+estres+espa%C3%B1ol&hl=es&sa=X&ei=VYzbVJ6ZB8fsoATMx4HYDA&ved=0CCAQ6AEwAA#v=onepage&q=edwards%20y%20cooper%201988%20distres%20y%20estres%20espa%C3%B1ol&f=true>
17. Sarmiento J. Estrés - Entendiendo el Eustrés y Distrés [En línea] 2013 [citado 15 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://apoyotuexito.blogspot.com/2011/09/estres-entendiendo-el-estres-y-distres.html>.
18. Sequera A. Eustrés o Distrés ¿Cuál es el Tuyo? [En línea] Jun. 2013 [citado 20 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.inspirulina.com/eustres-distres.html>.
19. Sánchez J.Cuál es la diferencia entre el Distrés y el Eustrés, o cómo puedes aprovechar el estrés en tu día a día. [En línea] Oct. 2014 [citado 17 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://jordisanchez.info/desarrollo-personal/estres-distres-eustres>
20. Acosta J. Cómo entenderlo, Cómo controlarlo y Cómo sacarle provecho: Gestión del estrés [En línea]. España: Bresca; 2008. [citado 19 de febrero de 2015]. 48p. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=P7LCfRTeNjOC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
21. Gómez B, Escobar A. Neuroanatomía del Estrés. Rev. Mexicana de Neurociencia [En línea]. 2014 [citado 14 de Febrero de 2015]; 3(5): 273-282. Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm0025-04.pdf>
22. Callantes A. Fases del estrés: alarma, adaptación o resistencia y agotamiento. [En línea]. 2014. [citado 18 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/estres/fases-del-estres/>

23. Rodríguez A, Frenis B, Toca L. El estrés laboral: Causas, efectos en la empresa contemporánea actual y formas de prevenirlo. [En Línea]. Jul. 2009. [citado 19 de Febrero de 2015]. Disponible en <http://www.gestiopolis.com/organizacion-talento/causas-efectos-del-estres-laboral-como-prevenirlo.htm>
24. Russek S. Síntomas y Consecuencias del estrés. [En línea]. Crecimiento-y-bienestar-emocional.com. 2007 [citado el 03 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/sintomas-y-consecuencias.html>
25. Catalán A. El estrés y sus consecuencias Blog. [En línea]. Dic. 2010-[citado 20 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/reflepciones/2010/12/09/el-estres-y-sus-consecuencias/>
26. Serna J. El efecto túnel bajo estrés [artículo en línea].2014-[citado 20 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.systemaspain.com/articulos/efectotunelestres.html>
27. Sabina C. Afecciones psicopáticas en cuidadores de familiares enfermos. [En línea] Marzo 2015. [Citado el 10 de Marzo de 2015], Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=130:predisposicion-a-padecer-enfermedades-psicosomaticas-en-cuidadores-de-familiares-con-enfermedades-cronicas&catid=11:alumnos&Itemid
28. Zarit S, Stephens M, Townsend A, Greener R. Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. Journals of gerontology. 1998
29. Martínez L. Padres de niños con discapacidad: ¿cómo sobrellevar el estrés? [En línea] [citado el 9 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.elcisne.org/noticia/padres-ninos-discapacidad-como-sobrellevar-estres/2700.html>
30. Batshaw M. Clínicas Pediátricas Norteamericana. Historia del Retraso Mental. Editorial Interamericana. 1993. Pág. 537.
31. Fernández J. Historia, Discapacidad y Valía [En línea] 2014 [citado el 22 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://www.sumemos.com.ar/gl/audio/ARCHIVOS%20ADJUNTOS/jlfi-la-imagen-social-de-las-personas-con-discapacidad.pdf>

32. Plataformaconadis.gob.ec. Normas Jurídicas en Discapacidad [En línea]. 2015 [citado el 10 Enero de 2015]. Disponible en: <http://plataformaconadis.gob.ec/normas-juridicas-en-discapacidad-2/>
33. Gutiérrez E. O.M.S. definiciones: deficiencia, discapacidad, minusvalía. [En línea]. Geocities.ws. [citado el 15 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.geocities.ws/deflox/8conc.htm>
34. Vélez H, Rojas W, Barrera J, Restrepo J. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Capítulo 34 Retraso Mental. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. 2010.
35. Márquez E. y col. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual [En línea] 2011 [citado el 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000500008&script=sci_arttext&lng=pt.
36. Castejón J, Navas L. Unas bases psicológicas de la educación especial [En línea]. Google Books. 2014 [Citado 22 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=1iYAQeyYr3sC&oi=fnd&pg=PA11&dq=discapacidad+visual+definicion+&ots=NTVlo6kTKr&sig=6zrlvchGplnNWsJRCbiM7siJEXE#v=onepage&q=discapacidad%20visual%20definicion&f=true>
37. OMS. Who.int. Discapacidades [En línea]. 2011 [citado el 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es>
38. OMS. Who.int. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Versión abreviada CIF. Pág. 15-30 [En línea] 2001 [citado el 20 de noviembre de 2014]. Disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/oms-clasificacion-01.pdf>
39. Verdugo M. (trad.) American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. AAIDD. Edición en español: Discapacidad Intelectual definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza Editorial. 2011.
40. Shapiro BK, Batshaw ML. Intellectual disability. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011: chap 33
41. Discapacidadonline.com. La discapacidad intelectual, causas, diagnóstico y signos [En línea]. 2011 [citado el 15 de Enero de 2015]. Disponible en:

<http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-intelectual-causas-diagnostico-signos.html>

42. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix WHE, Coulter DL, Craig EM, Reeve A. Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports (10th. Ed). American Association of Mental Retardation, Washington DC, 2002.
43. Schonhaut L, Schonstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Rev. chil. pediatr. [Revista en línea]. 2010 [citado 2015 Mar 11]; 81(2): 123-128. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000200004&lng=es.
44. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. Ciencia & Salud Colectiva 2013; 18:2977-2984. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210023>. Consultado el 11 de marzo de 2015.
45. Machín M, Purón E, Castillo J, Reflexiones sobre la intervención temprana en niños con Síndrome de Down considerando la familia y la comunidad. Rev. cienc. méd [Revista en línea]. 2009 Mar [citado 2015 Mar 11]; 8(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100002&lng=es.
46. Pi Osoria A, Cobián Mena A. Desarrollo de la función afectiva en la familia y su impacto en la salud familiar integral. MEDISAN [Revista en línea]. 2010 Abr. [citado 2015 Mar 11]; 14(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300009&lng=es.
47. Burgos B, Ministerio de Educación de Ecuador. Introducción a las adaptaciones curriculares para estudiantes con Necesidades Educativas Especiales. Libro del Docente. Primera Edición. Impresión Coordinación General de Administración Escolar. 2013
48. Portilla C. CONADIS. Discapacidad y su calificación. [En línea]. 2014 [citado el 5 de Enero de 2015]. Disponible en: http://aep-quito.org/biblioteca-digital/doc_download/72-discapacidades-y-su-calificacion.html+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec

- 49.** Sarto M. Familia y Discapacidad. [En línea] 2001 [Citado el 9 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- 50.** Sabina C. Afecciones psicopáticas en cuidadores de familiares enfermos. [En línea] Marzo 2015. [Citado el 10 de Marzo de 2015], Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=130:predisposicion-a-padecer-enfermedades-psicosomaticas-en-cuidadores-de-familiares-con-enfermedades-cronicas&catid=11:alumnos&Itemid
- 51.** Ministerio de Educación de Chile; Guía de apoyo técnico - pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. [En línea] 2008 [citado el 24 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://deficitauditivo-cl.webnode.es/news/libro-de-discapacidad-auditivo/>.
- 52.** Muñoz A. Impacto de la discapacidad en las familias. [En línea]. 2014 [citado 3 de Diciembre de 2014]. Disponible en : http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_38/ANASTASIA_MUÑOZ_1.pdf
- 53.** Herrero J, Meléndez R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Enfermería Universitaria [En línea]. Mar 2011 [citado 26 de Febrero de 2015]; 8(1):49-53. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111g.pdf>.
- 54.** Bergero T, Gómez M, Herrera A., Mayoral F. Grupo del cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. Rev Asoc. Esp. Neuropsiq. [En línea] 2000 [citado 27 de Febrero de 2015] 20(73): 127-35. Disponible en: http://www.adacelugo.org/noticias_doc/cuidador_1_articulo.pdf
- 55.** García M, Morales M. Enfermería en salud mental y psiquiatría. Primera Edición. Editorial ENEO. 2006. Pág. 305-309.
- 56.** Méndez M, Baltar A, Rodríguez R. El papel de la Terapia Ocupacional en la atención a cuidadores de personas con demencia [En línea] 2007 [citado el 04 de Marzo de 2015] Disponible en: <https://terapiaocupacional50.files.wordpress.com/2007/12/el-papel-de-la-to-en-la-atencion-a-cuidadores-de-personas-con-dependencia.pdf>

57. Espín A. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública [Revista en la Internet]. 2012 Sep. [citado el 4 de Marzo de 2015]; 38(3): 493-402. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300006&lng=es.
58. Ruiz A, Nava M. Cuidadores – responsabilidad y obligaciones. [En línea]. 2014 [citado 7 de Diciembre de 2014]. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
59. Rogero J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev. Esp. Salud Pública [Revista en la Internet]. 2009 Jun. [citado el 4 de Marzo de 2015]; 83(3): 393-405. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005&lng=es.
60. Ara M., Cerquera A. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: Un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensam. psicol. [En línea]. 2014, [citado el 04 de Marzo de 2015], vol.12, n.1 p149-167. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011
61. Moscardi M. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. [En línea] 2011, [citado el 02 de Marzo de 2015]. Disponible en: <https://nancyclides.wordpress.com/2011/02/02/construyendo-el-conceptocuidador-de-ancianos/>
62. Gómez E. Equidad, género y salud: Retos para la acción. Panamá salud pública. 2002.
63. Herrera E. Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile. Departamento de Programas y proyectos. Gobierno de Chile. Fonadis. 2007.
64. Lamus D. Representaciones sociales de maternidad y paternidad en cinco ciudades colombianas. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 1999.
65. Vanegas J, Oviedo M. La maternidad, la paternidad y la sexualidad en madres y padres adultos y madres adolescentes. Una reflexión sobre el lugar de los hijos. Universidad Sur colombiana, editor. Neiva 2007.

66. Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Cienc. Enferm. [Revista en línea]. 2010 [citado el 1 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es.
67. Nigenda G, Ortega M, Martarazzo C. Papel de la mujer en los cuidados a la salud en el hogar en México. Fundación Mexicana para la salud. [En línea] 2004 [citado el 1 de abril de 2015] Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Seminarios/utiempo/2004/2julio/nigenda.pdf>
68. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Rol Terapéutico de la Enfermera Psiquiátrica. Segunda Edición. Editorial MASSON. 2006. Cap. 10
69. Santos A., Porcar M. La relación terapéutica en la enfermería de salud mental. [En línea] Rev Presencia 2006 [citado 7 de Diciembre de 2014] Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n4/58articulo.php>
70. Nursesource.org. Enfermeras para un mañana más saludable [En línea]. 2014 [citado el 04 de diciembre 2014]. Disponible en: http://www.nursesource.org/career_info.html
71. Morena V. enfermería Apoyo al enfermo [Internet]. Saludmental.info. 2008 [citado el 04 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/apoyo/2008/enfermeria-y-salud-mental-julio08.html>
72. Kishore M.T. (2011). El impacto de la discapacidad y el afrontamiento de madres de niños con discapacidades intelectuales y múltiples discapacidades. Revista de discapacidades intelectuales (JOID por sus siglas en inglés). 2011.
73. Martínez L, Robles M, Ramos B. Carga percibida del cuidador primario del Paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón [En línea]. 2008 [citado el 13 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf>
74. Martins M. y col. Estrés familiarizado en madres de Niños y Adolescentes con parálisis cerebral [En línea]. 2014 [citado el 13 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00440.pdf

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

1. Muñoz, A. Impacto de la discapacidad en las familias. [En línea]. 2014 [citado 3 Diciembre 2014]. Disponible en : http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_38/ANASTASIA_MUNOZ_1.pdf
2. OMS. Who.int. Discapacidades [En línea]. 2011 [citado el 20 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es>
3. Álvarez D. Información Censal Cantonal [Internet]. Inec.gob.ec. 2012 [cited 14 March 2015]. Available from: http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Censo 2010. [En línea]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014 [citado el 22 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
5. Ministerio de Relaciones Laborales, CONADIS. Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión laboral de personas con discapacidad. [En línea]. 2013 [citado el 29 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.relacioneslaborales.gob.ec/wp-content/uploads/2013/12/MANUALFIN.pdf>
6. sames.org.ar. Estrés, Epidemia del siglo XXI [En línea]. 2014 [citado 1 de diciembre 2014]. Disponible en: http://www.sames.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=90%3Aestres-epidemia-del-siglo-xxi&catid=41%3Aarticulos-para-el-publico&Itemid=60
7. Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R., "Un indicador mundial de Estrés Percibido", en Revista de Salud y Comportamiento Social, 24 (1983), 385-396.
8. Campo-Arias Adalberto, Bustos-Leiton Gloria Johanna, Romero-Chaparro Aristóbulo. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. Aquichán [Serial en línea]. 2009 [citado el 29 de Noviembre de 2014]; Disponible en:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300007&lng=en.
9. Salgado, M., Monterrosa, A. Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Rev.cienc.biomed.* [Revista en línea].2013 Nov [citado 29 de Noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/articloe/viewFile/294/237>.
 10. Zambrano, A., de la Vega, R. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit [En línea]. *Hipocampo.org*. 2009 [citado el 29 de Noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/zarit.asp>
 11. Pedraza, A., Rodríguez, M., Carlos, E., Acuña, R. Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos. *Biomédica* [En línea] Mar 2013 [citado 29 de Noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/813>
 12. Breinbauer, K., Vásquez, V., Mayanz, S., Guerra, C., Millán, T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Revista en línea]. 2009 Mayo [citado el 29 de Noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es.
 13. Álvarez, L., González, A., Muñoz, P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gac Sanit* [Revista en línea]. 2008 Dic. [citado el 29 de Noviembre de 2014]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600020&lng=es.
 14. Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., y Garety, P. Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (7), (2008), 460-468.
 15. Palacios X., Jiménez K. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*. [En línea]. 2008 [citado el 28 de marzo de 2015]. Disponible en:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242008000200007&lng=en&tlng=es.
16. Pozo P, Sarriá E, Méndez L. Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*. [En línea]. 2006 [citado el 1 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>
 17. Corbalán G, Hernández O, Carré M, Paul G, Hernández B, Marzo C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos* [Revista en línea]. 2013 [citado el 1 de abril de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300005&lng=es.
 18. Martins M. y col. Estrés familiarizado en madres de Niños y Adolescentes con parálisis cerebral [En línea]. 2014 [citado el 13 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00440.pdf
 19. Martínez L, Robles M, Ramos B. Carga percibida del cuidador primario del Paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón [En línea]. 2008 [citado el 13 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf>
 20. Pérez J, Rodríguez A, Herrera D, García R, Echemendía B, Chang M. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana Cuba. [En línea] 2012 [citado el 13 de enero de 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie06213.htm
 21. Centro Arriaga Psicología. Mujeres: Ansiedad y estrés, “epidemia” del Siglo XXI. [En línea] 2010 [citado el 13 de enero de 2015]. Disponible en <https://centroarriagapsicologia.wordpress.com/articulos-de-interes/mujeres-ansiedad-y-estres-epidemia-del-siglo-xxi/>

ANEXOS

ANEXO #1: Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento, hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido.	Años de vida	1. 20-24 2. 25-29 3. 30-34 4. 35-39 5. 40-44 6. 45-49 7. 50-60 8. >60
Sexo	Condiciones orgánicas que definen a hombres y mujeres en un medio	Conjunto de características genéticas y fenotípicas	Género	1.Masculino 2.Femenino
Estado civil	Condición particular determinada por un parentesco o matrimonio	Los establecidos por la sociedad y en la Constitución de la República	Tipo de Estado civil	1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Viudo/a 4.Divorciado/a

				5.Unión libre
Ocupación	Conjunto de actividades y funciones que desempeña un individuo que puede o no ser remunerada económicamente	Actividad que realiza	Tipo de Ocupación	1.Ama de casa 2.Obrero 3.Estudiante 4.Agricultor 5.Comerciante 6.Chofer 7.Otros
Nivel de instrucción	Conjunto de conocimientos adquiridos por un individuo	Nivel de instrucción establecido en el Ecuador	Tipo de instrucción	1.Primaria completa 2.Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Superior completa 6. Superior incompleta 7. Analfabeta/o

Parentesco	Relación entre personas por consanguinidad o por vínculos matrimoniales	Tipo de vínculo establecido por afinidad.	Tipos de parentescos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mamá 2. Papá 3. Hermano/a 4. Abuelo/a 5. Tío/a 6. Otros familiares
Discapacidad intelectual	Estado en el que existe deficiencia en el funcionamiento intelectual y conductual	Tipos de discapacidad contemplados dentro de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS	Grado de discapacidad intelectual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve: 1 – 29% 2. Moderado 30 – 49% 3. Grave: 50 – 69% 4. Muy Grave: 70 – 100%
Estrés	Conjunto de alteraciones tanto físicas con psicológicas que se dan como respuesta a diferentes estímulos, que al no ser sobrellevado de la mejor	Presencia de estrés en la atención a personas con	Aplicación de la Escala de Estrés percibido	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0-10 Relativamente libre de estrés 2. Baja tensión 3. Estrés medio

	manera éste se prolonga y generará una sobrecarga, produciendo graves consecuencias en el organismo.	discapacidad intelectual		4. Alta tensión
			Aplicación de la Escala de Sobrecarga de Estrés	1. <47 No presenta sobrecarga 2. 47-55 Sobrecarga leve 3. >55 Sobrecarga intensa

ANEXO #2: Oficios de autorización.

Cuenca, 20 de Diciembre de 2014.

Sra. Mgs. Gloria Sánchez
Directora de la Unidad Educativa Especial del Azuay
Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, Gloria E. Carchi H., Cristina A. Castillo R., estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos por realizar el trabajo de tesis de tipo descriptivo, cuyo tema es **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL DEL AZUAY Y EL INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, para lo cual es necesarios acercarnos a los representantes de sus estudiante, se aplicarán cuestionarios, que serán respondidos por los mismos.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención dentro de esta área.

Esperamos contar con su colaboración y agradecemos de antemano por la atención brindada.

Agradecemos su atención,

Atentamente,

Gloria E. Carchi H.

Cristina A. Castillo R.

Cuenca, 20 de Diciembre de 2014.

Sra. Dra. Enma Sánchez
Rectora del Instituto Psicopedagógico Agustín Cueva Tamariz
Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, Gloria E. Carchi H., Cristina A. Castillo R., estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos por realizar el trabajo de tesis de tipo descriptivo, cuyo tema es **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL DEL AZUAY Y EL INSTITUTO PSICOPEDAGÓGICO AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, para lo cual es necesarios acercarnos a los representantes de sus estudiante, se aplicarán cuestionarios, que serán respondidos por los mismos.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención dentro de esta área.

Esperamos contar con su colaboración y agradecemos de antemano por la atención brindada.

Agradecemos su atención,

Atentamente,

Gloria E. Carchi H.

Cristina A. Castillo R.

ANEXO #3: Consentimiento informado.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CUENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**Consentimiento informado**

Estimado Señor/a.

Reciba un cordial saludo de parte de Estefanía Carchi Heras y Cristina Castillo Rivera estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando la tesis sobre la **“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LAS UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ, CUENCA 2015”**, previo a la obtención de título de Licenciadas en Enfermería. Pedimos su colaboración para el desarrollo de una encuesta que tiene como objetivo:

- Determinar la prevalencia de estrés de los cuidadores familiares de los estudiantes con discapacidad intelectual que acuden a las Unidades de Educación Especial.

La presente investigación no representa ningún riesgo para su persona o mucho menos para su representado, siendo únicamente una investigación que busca determinar la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares, tomando como referencia los datos por su persona proporcionados y compararlos con estudios realizados en otras instituciones.

Es necesario, informarle que la participación en el estudio no es obligatoria, por lo que se requiere de su voluntaria cooperación, sabiendo su persona que pudiera retirarse cuando lo creyere conveniente; así como debe saber que al participar en este estudio no deberá cancelar ningún monto económico, y, tampoco recibirá un pago por participar en la misma.

La información que usted brindará en el formulario que se le entregue, será manejado con total privacidad y confidencialidad, además no se solicita datos de filiación como nombres o números de teléfono dentro de la encuesta, en afán de resguardar su privacidad y buscando únicamente datos de interés para este estudio.

Yo _____ con N° de Cédula _____, habiendo sido informado de forma verbal y escrita, sobre el propósito, los objetivos y la importancia de este estudio, consiento y autorizo se me realice la encuesta y se utilice la información para la realización de la investigación. Autorizando a los autores la utilización de la misma únicamente a favor de este estudio.

Firma del Representante

Gloria E. Carchi H.

Encuestadoras

Cristina A. Castillo R.

ANEXO #4: Encuesta aplicada a los cuidadores familiares.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**“PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE
ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ACUDEN A LAS
UNIDADES EDUCATIVAS ESPECIAL DEL AZUAY Y AGUSTÍN CUEVA TAMARIZ,
CUENCA 2015”**

Formulario No: _____

Fecha: Cuenca, ____/____/____

Sus respuestas serán de gran importancia para nuestro estudio, el cual busca determinar la prevalencia de estrés en los cuidadores familiares. La información que nos brindan será totalmente confidencial por lo que se pide sinceridad al responder.

Marque con una cruz (X) la respuesta que usted considere correcta:

Datos del representante (cuidador):

Edad: ____ años.

Sexo:

Masculino: ()

Femenino: ()

Estado Civil:

Soltera/o: ()

Viuda/o: ()

Unión Libre: ()

Casada/o: ()

Divorciada/o: ()

Ocupación:

Ama de Casa: ()

Obrero: ()

Estudiante: ()

Agricultor: ()

Comerciante: ()

Chofer: ()

Otros: _____

Instrucción:

Escuela: completa: ()

incompleta: ()

Colegio: completo: ()

incompleto: ()

Universidad: completa: ()

incompleta: ()

Analfabeto/a: ()

Datos del Estudiante (representado):

Edad del Estudiante: ____ años.

Parentesco con el Estudiante:

Mamá: ()

Papá: ()

Hermano/a: ()

Abuelo/a: ()

Tío/a: ()

Otros familiares: ()

Grado de Discapacidad según el CONADIS: () %.

Formulario: Escala de estrés percibido (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, R.)

Ítem	¿Con qué frecuencia se ha sentido o pensado de las siguientes maneras durante el último mes?	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1.	¿Enojada/o por algo que ocurrió inesperadamente?					
2.	¿Sintió que no podía controlar las cosas importantes en su vida?					
3.	¿Se sintió nervioso/a y lleno/a de tensión?					
4.	¿Se sintió segura/o en poder manejar sus problemas personales?					
5.	¿Sintió que las cosas estaban sucediendo de manera favorable para usted?					
6.	¿Se dio cuenta que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?					
7.	¿Fue capaz de controlar los disgustos en su vida?					
8.	¿Sintió que tenía todo bajo control?					
9.	¿Estuvo enojada/o por cosas que estaban fuera de su control?					
10.	¿Sintió que tenía tantas dificultades que no podía superarlas?					
Total						

Formulario: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Ítem	Pregunta	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
1.	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3.	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4.	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6.	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7.	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8.	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9.	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10.	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11.	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12.	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13.	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14.	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					

15.	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16.	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17.	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18.	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19.	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20.	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21.	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22.	¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					
TOTAL						

Gracias por su colaboración

ANEXO #5: Recursos Materiales.

Rubro	Detalle	Cantidad	Costo unitario	Total
Materiales de oficina	Bolígrafos	200	0.35	70.00
	Grapadora	3	3.00	9.00
	Grapas	600	0.50	3.00
	Libretas	2	1.00	2.00
	Otros	6	2.00	12.00
Horas ordenador	Uso del ordenador	-----	-----	40.00
Internet	Horas	200h	1.00	200.00
Llamadas	Celular	---	---	40.00
	Domiciliario			
	Instituciones			
Transporte	Bus	200	0.25	50.00
	Taxi	10	4.00	40.00
Impresiones	Formularios	6	0.10	0.60
	Solicitudes	5	0.10	0.50
	Otros	100	0.10	10.00
Copias	Hojas a b/n	400	0.03	12.00
	Hojas colores	30	0.40	12.00
Impresión de informe final	Hojas a b/n	300	0.05	15.00
	Hojas colores	30	0.60	18.00
	Empastado	3	5.00	15.0
	CD	3	1.00	3.00
Imprevistos	Imprevistos	200	200	200
Total				752.10

ANEXO #6: Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES A REALIZARSE	TIEMPO DE TRABAJO					
	1	2	3	4	5	6
Aprobación del protocolo	X					
Recolección de datos	X	X				
Ordenamiento de los datos	X	X				
Análisis e interpretación		X	X	X		
Elaboración del informe final		X	X	X	X	
Presentación del informe final						X

ANEXO #7: Gráficas estadísticas de los resultados.

Gráfico #1: Distribución de los 151 cuidadores familiares según edad.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

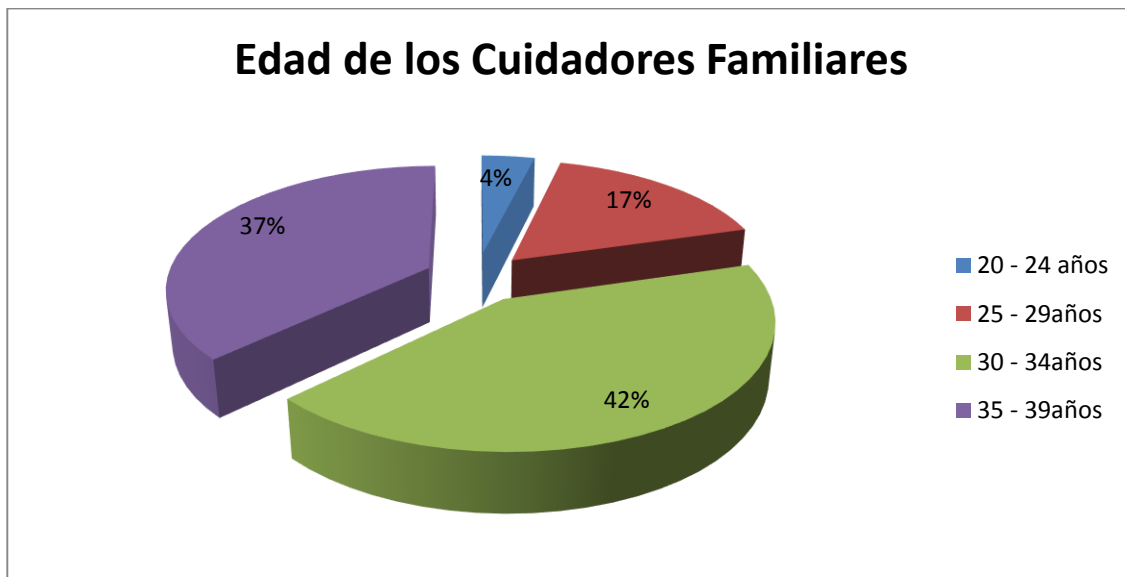


Gráfico #2: Distribución de los 151 cuidadores familiares según sexo.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

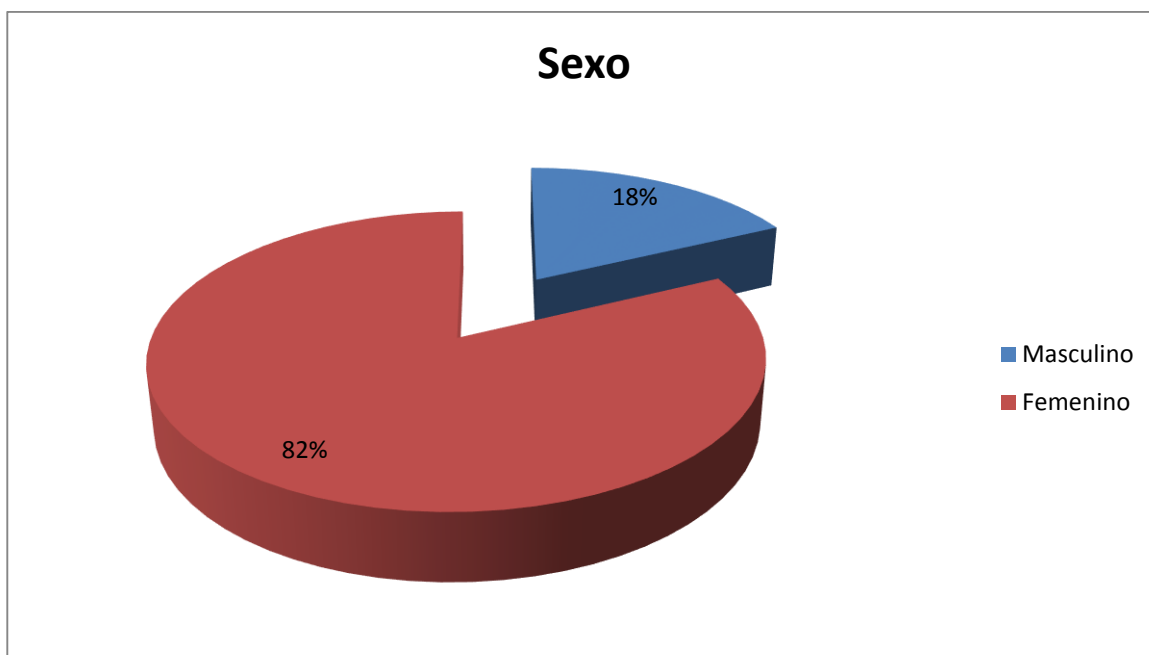


Gráfico #3: Distribución de los 151 cuidadores familiares según estado civil.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

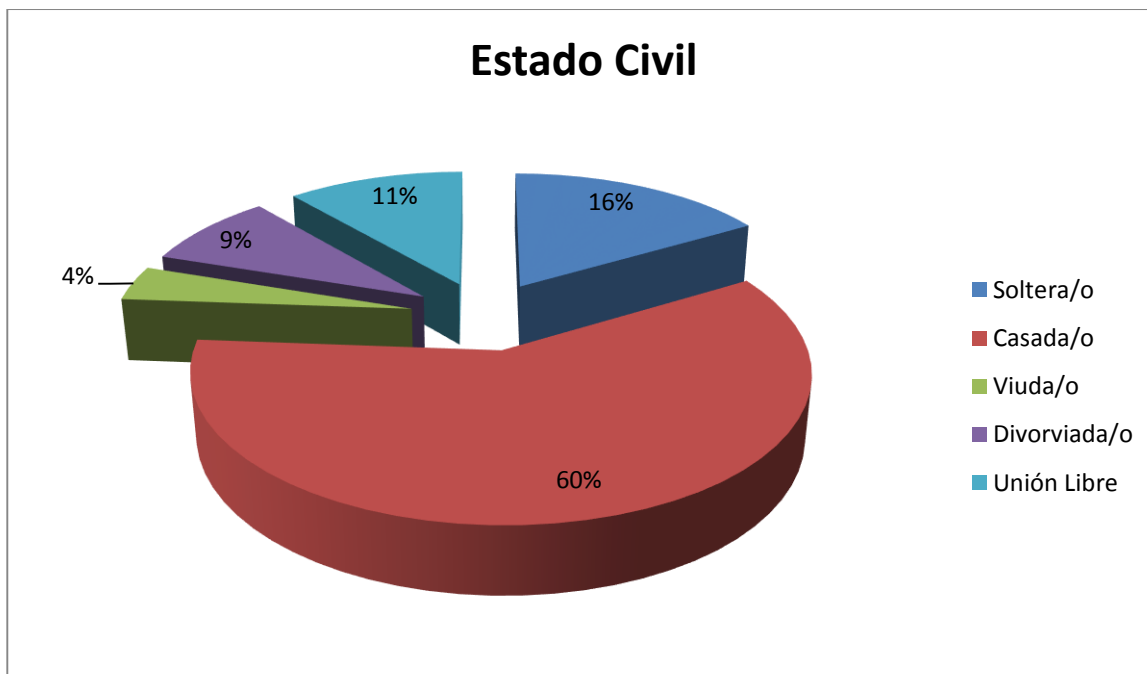


Gráfico #4: Distribución de los 151 cuidadores familiares según ocupación.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

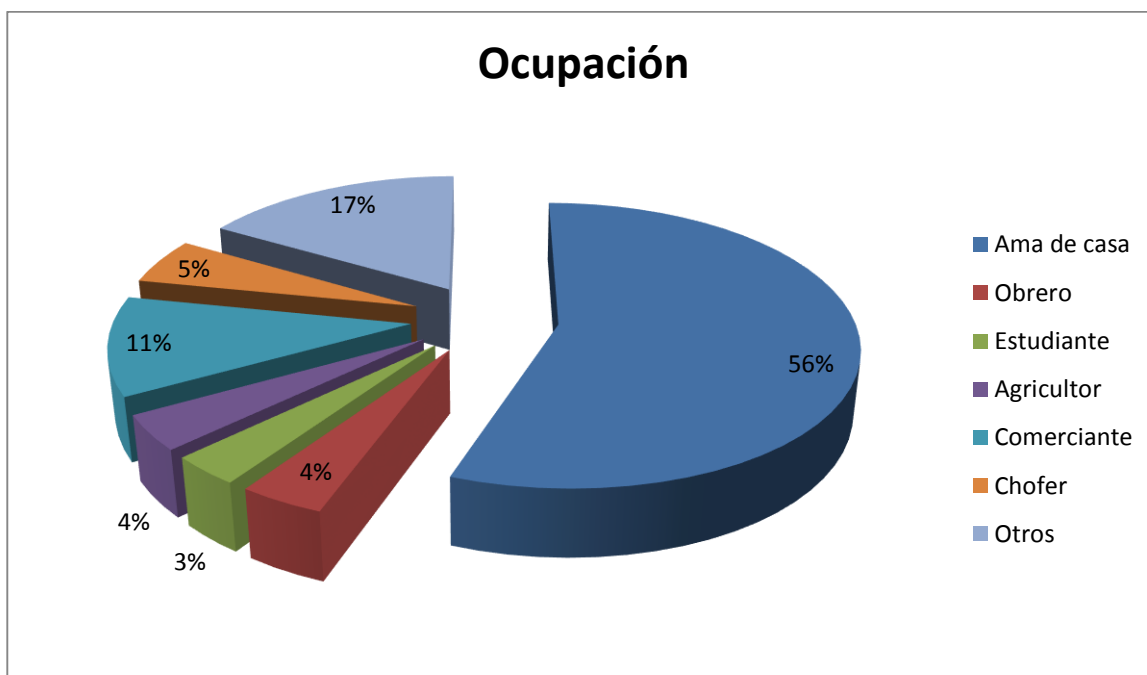


Gráfico #5: Distribución de los 151 cuidadores familiares según ocupación.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

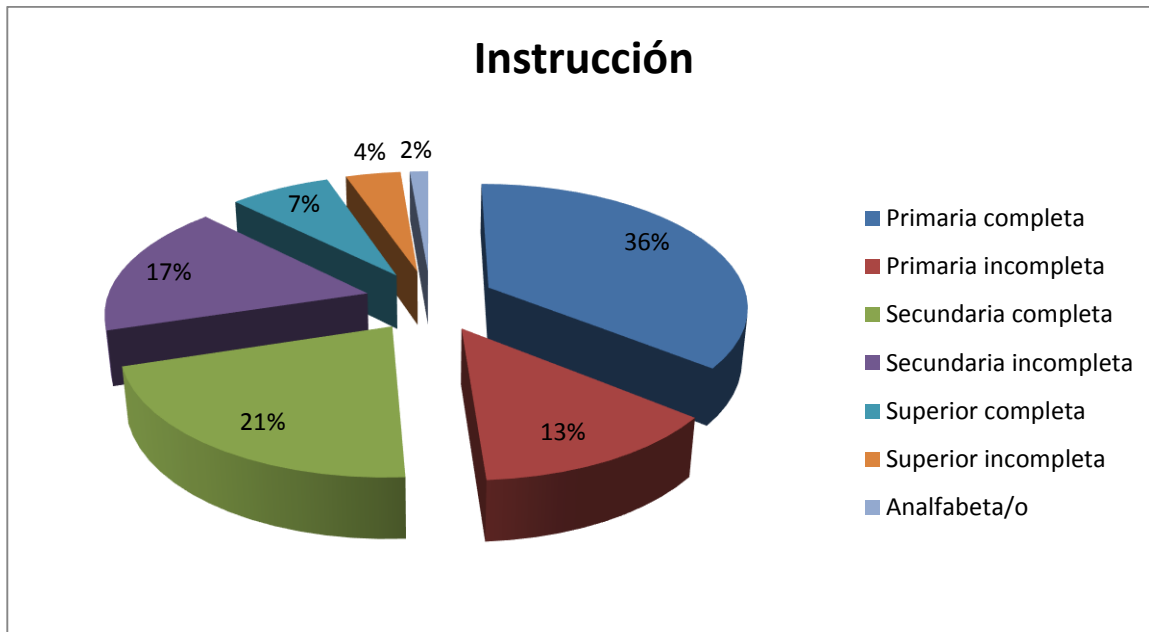


Gráfico #6: Distribución de los 151 cuidadores familiares según edad del representado.
Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

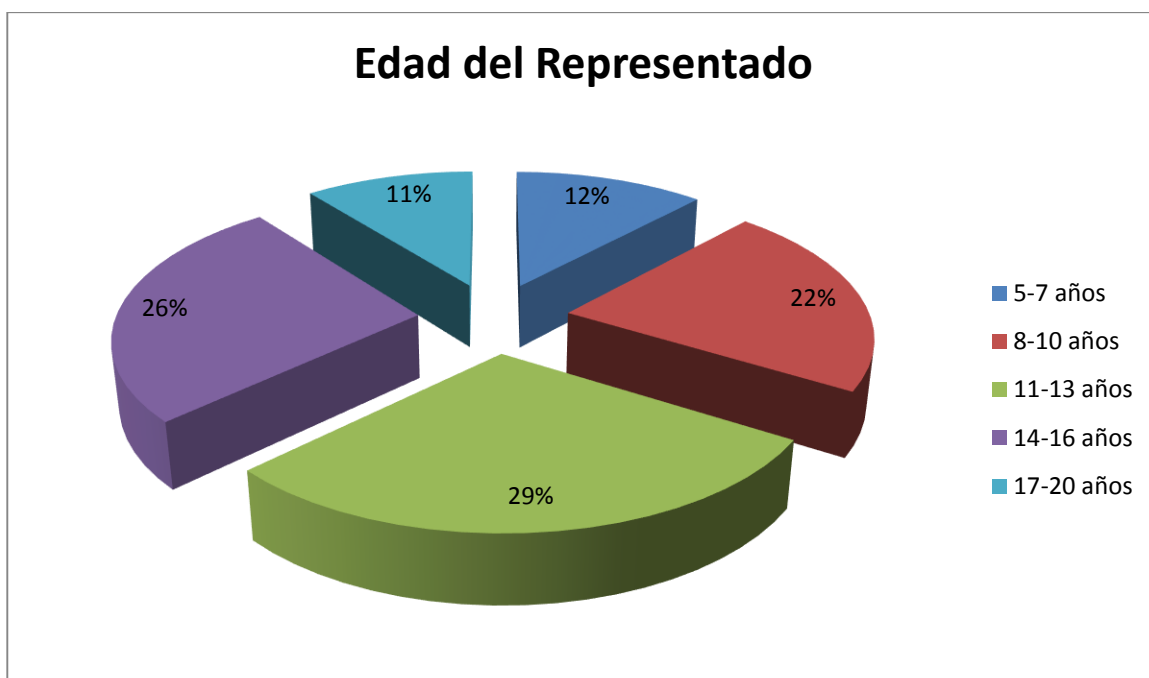


Gráfico #7: Distribución de los 151 cuidadores familiares según parentesco con el representado.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

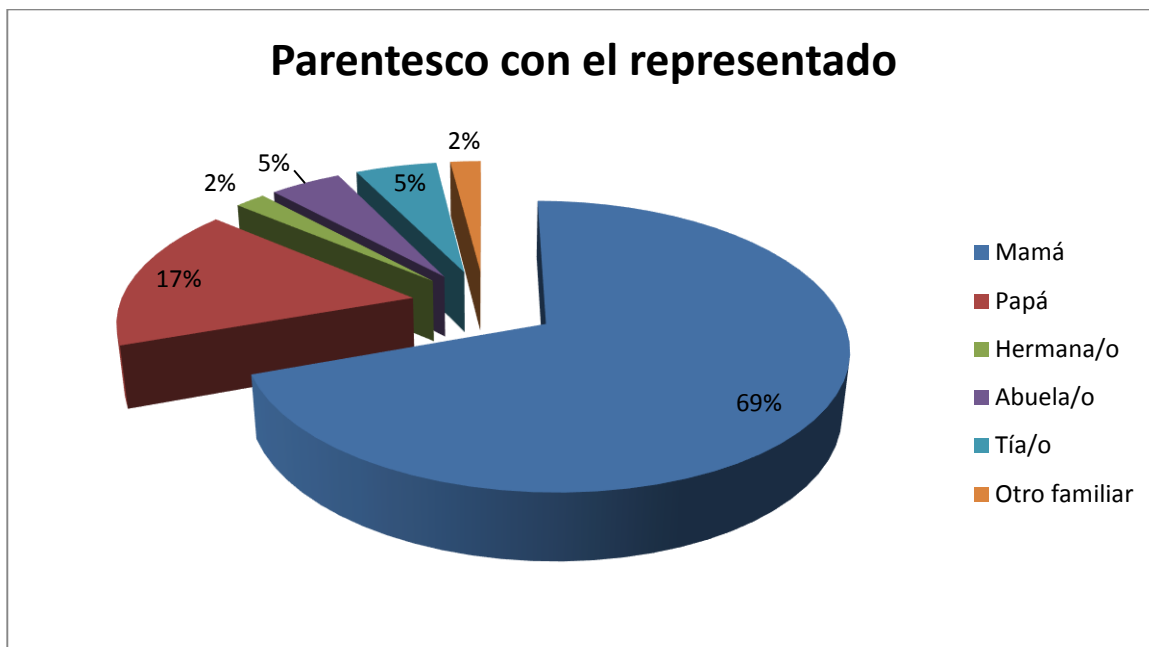


Gráfico #8: Distribución de los 151 cuidadores familiares según grado de discapacidad intelectual del representado.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

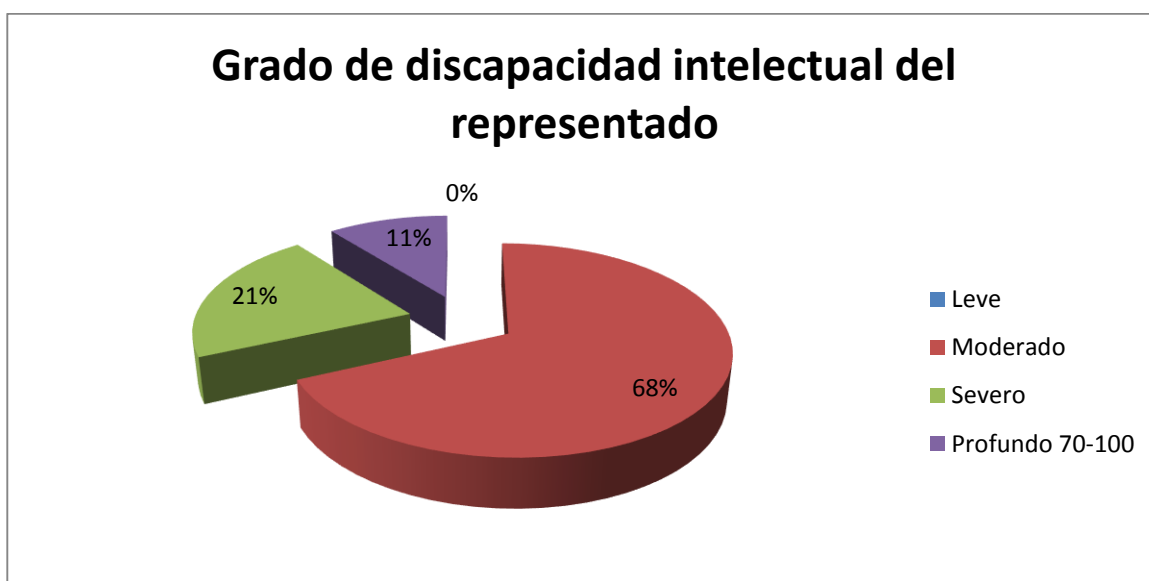


Gráfico #9: Prevalencia de Estrés de acuerdo al total de cuidadores familiares. Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

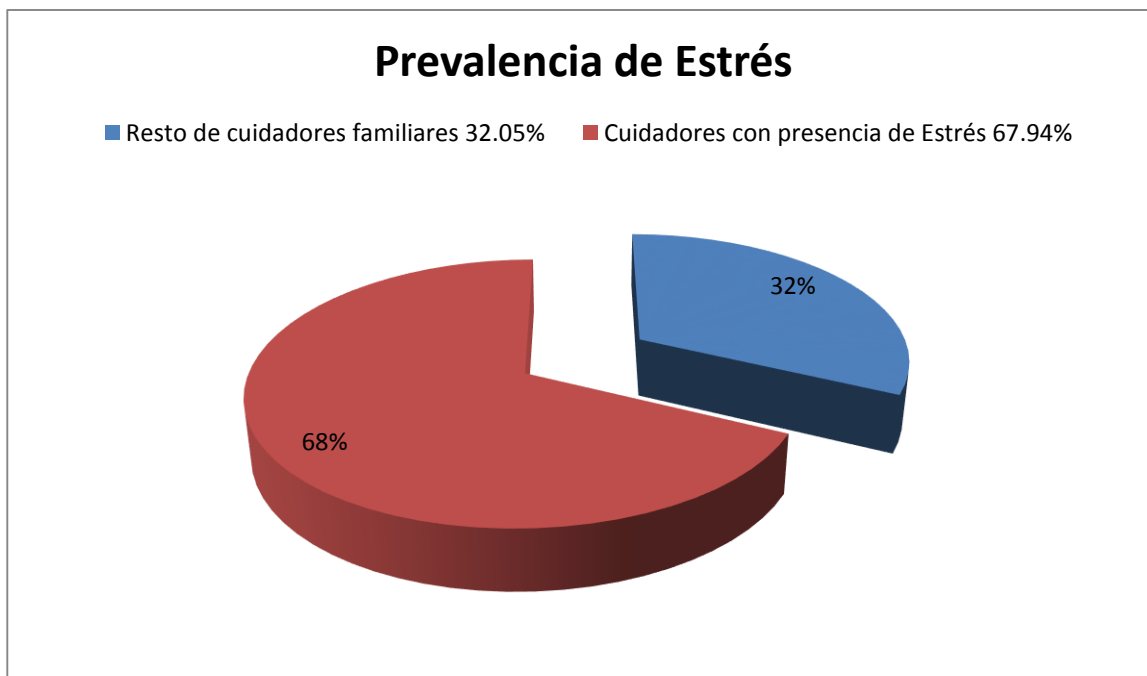


Grafico #10: Distribución de los 151 cuidadores familiares según Prevalencia de Estrés. Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

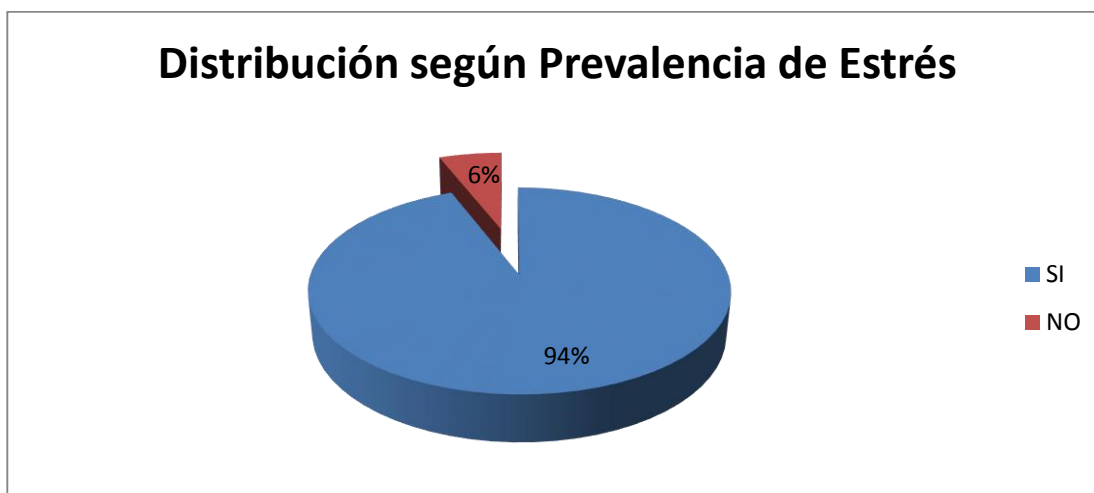


Gráfico #11: Prevalencia de Estrés de acuerdo al número de personas con discapacidad intelectual del cantón Cuenca. Cuenca 2015.



Gráfico #12: Distribución de los 151 cuidadores familiares según Escala de Estrés Percibido (PSS-10).

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

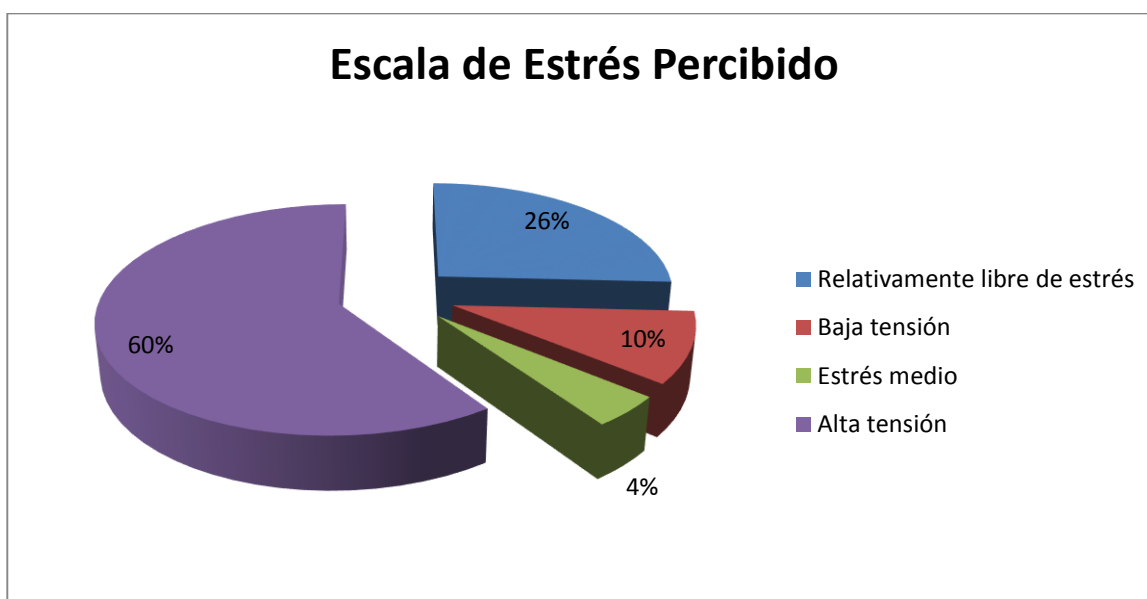


Gráfico #13: Distribución de los 151 cuidadores familiares según Escala de Sobrecarga de Estrés del Cuidador de Zarit.

Unidades Educativas Especial del Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

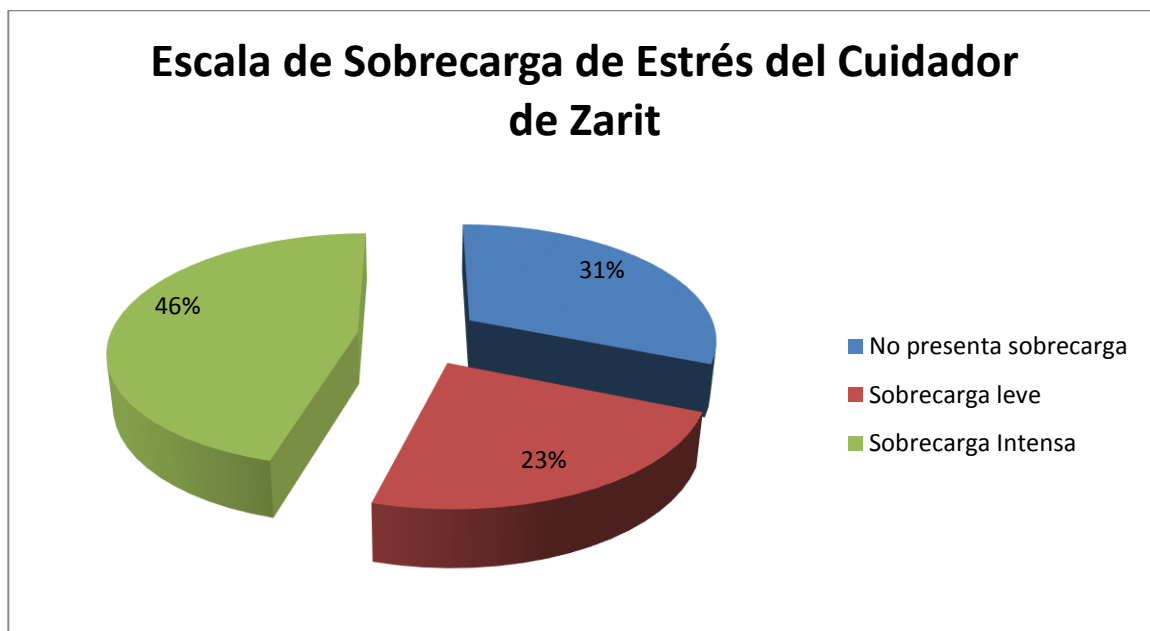


Gráfico #14: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Edad y Sexo.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

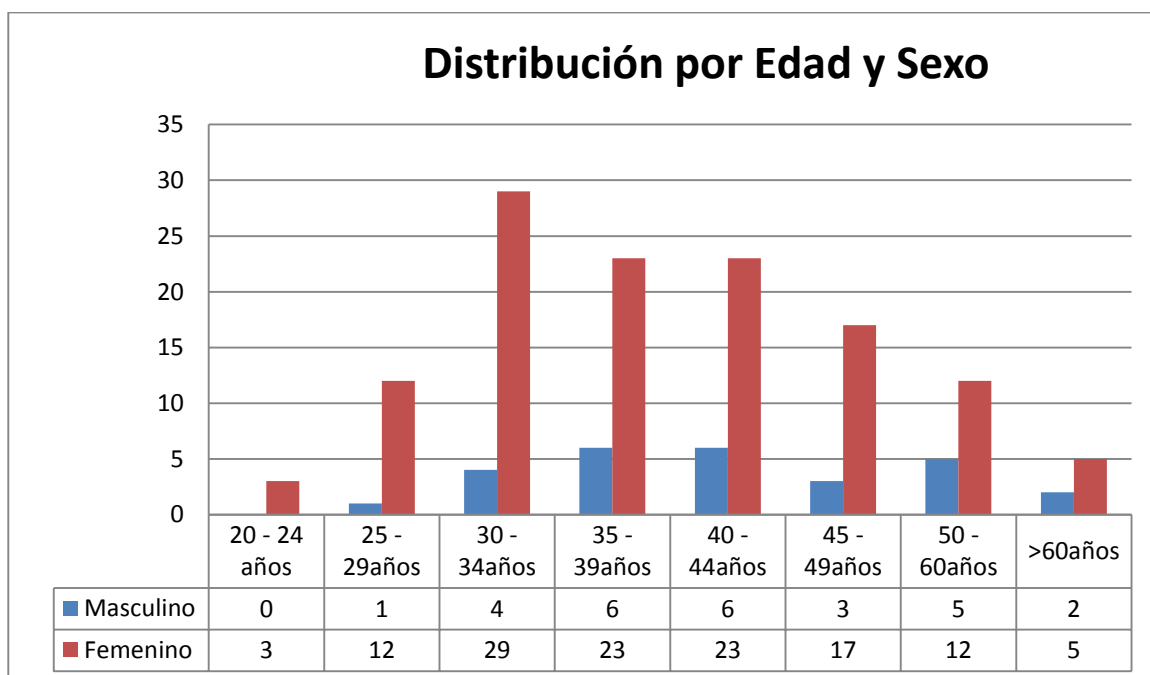


Gráfico #15: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Estado civil e Instrucción.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

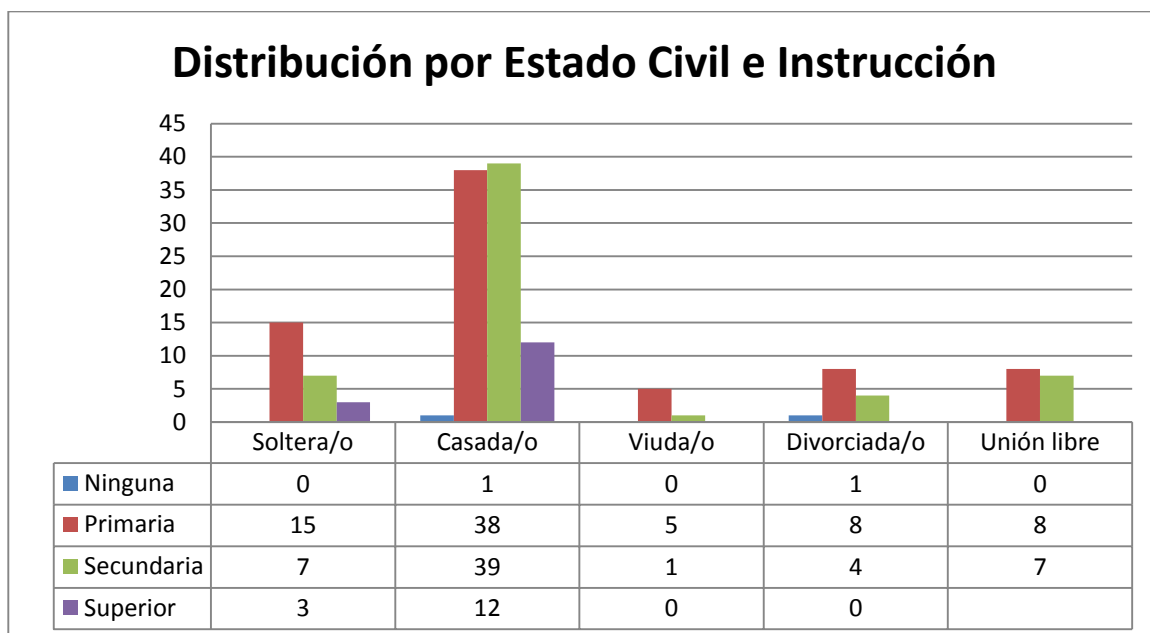


Gráfico #16: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Sexo y Ocupación.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

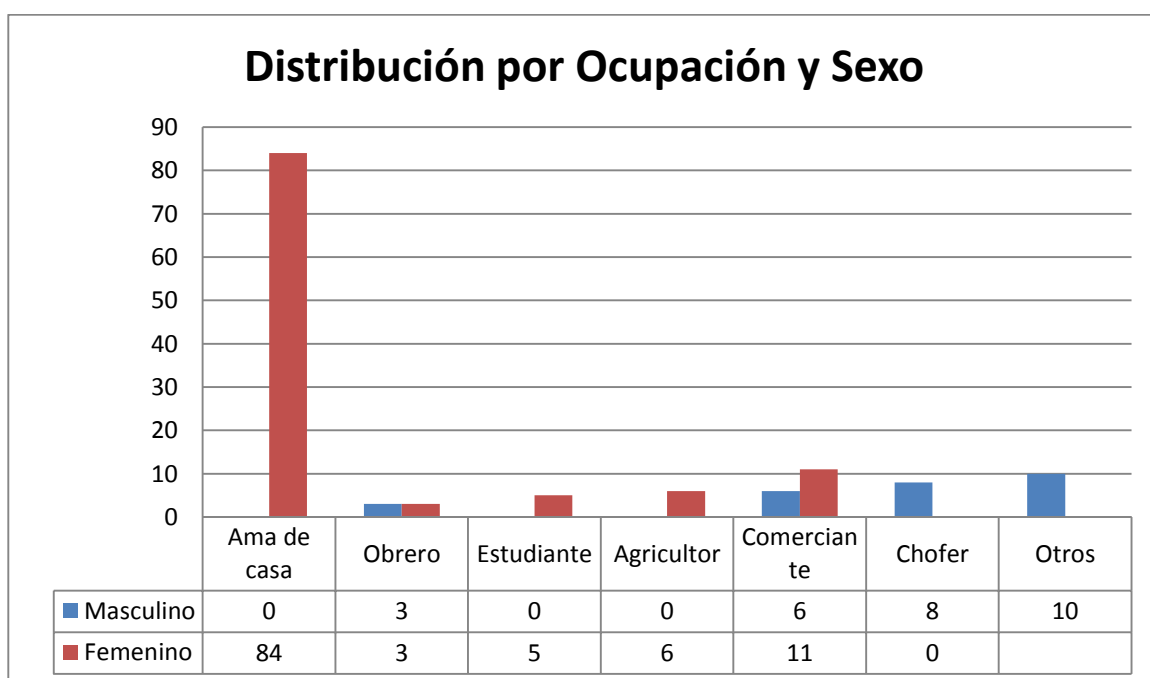


Gráfico #17: Distribución de los 151 cuidadores familiares por edad del cuidador y estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

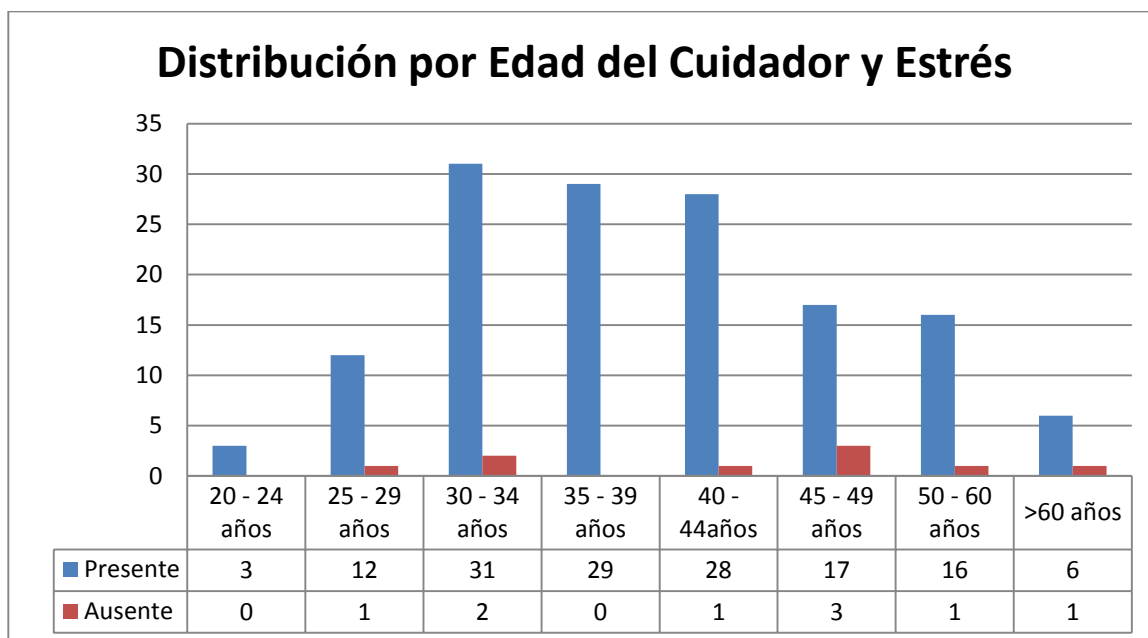


Gráfico #18: Distribución de los 151 cuidadores familiares por sexo y estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

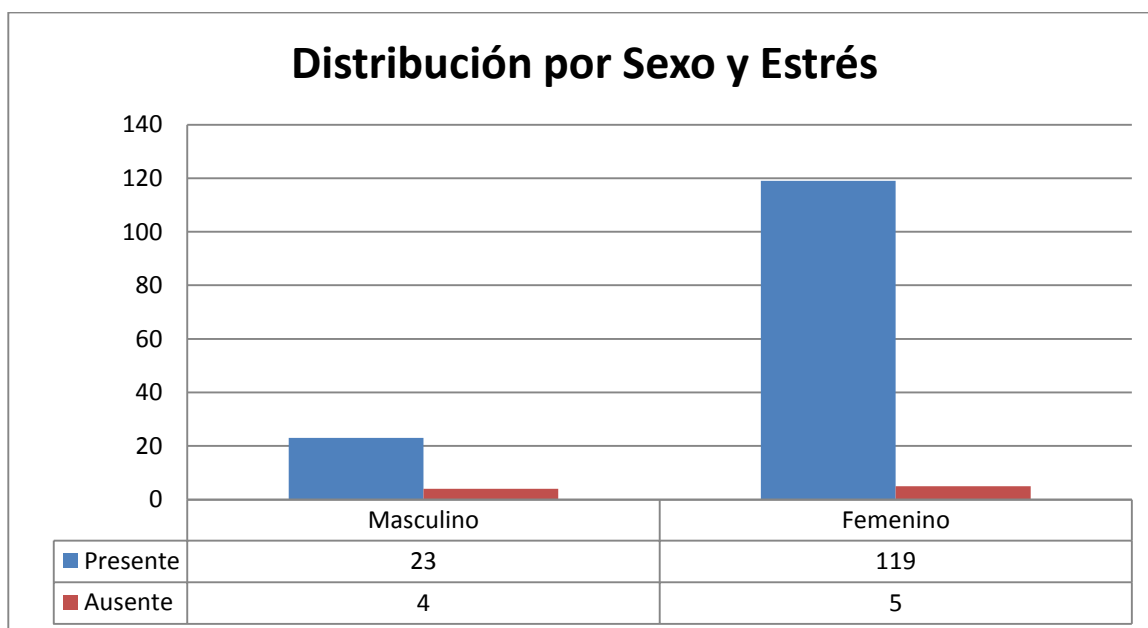


Gráfico #19: Distribución de los 151 cuidadores familiares por ocupación y estrés. Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

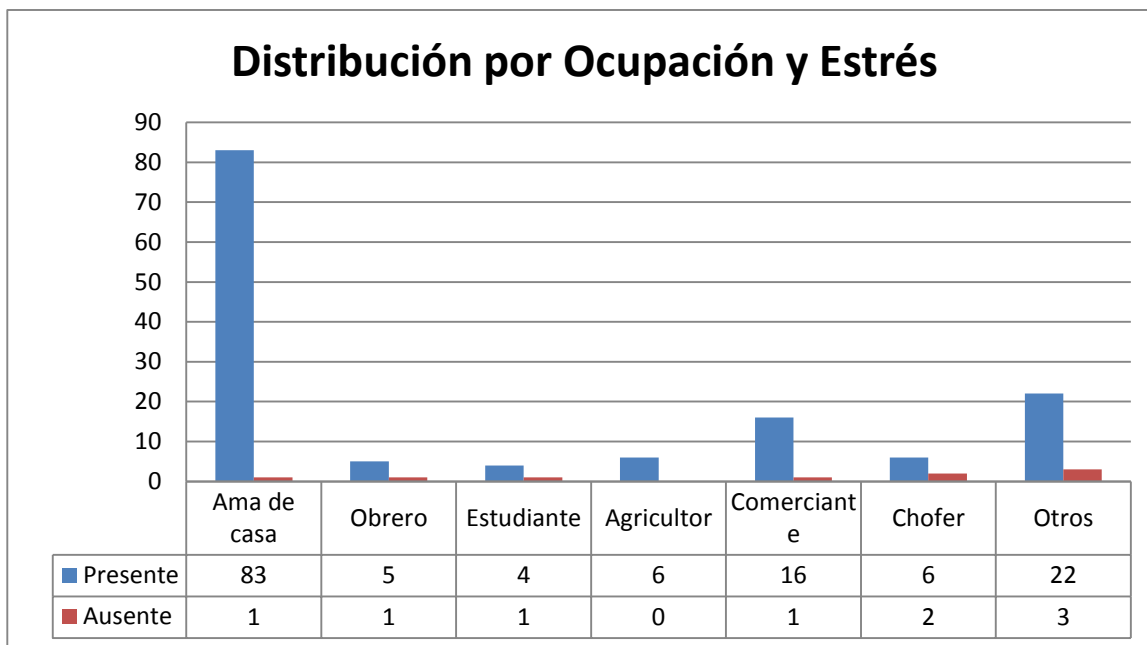


Gráfico #20: de los 151 cuidadores familiares por instrucción y estrés. Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

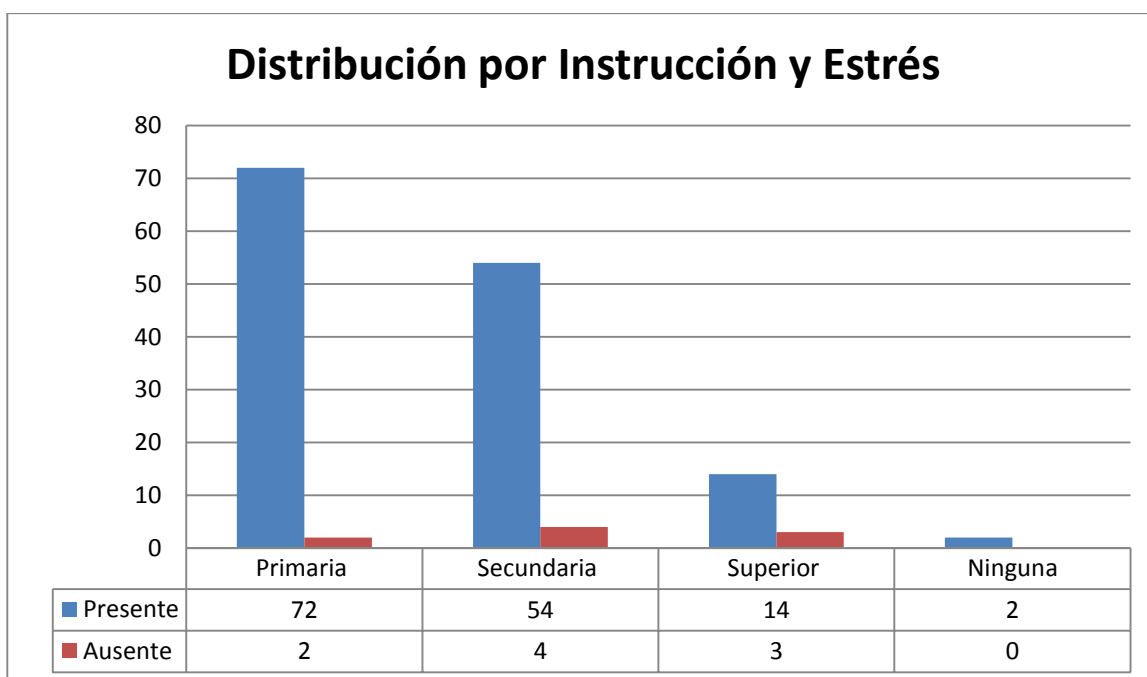


Gráfico #21: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Parentesco y Estrés. Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

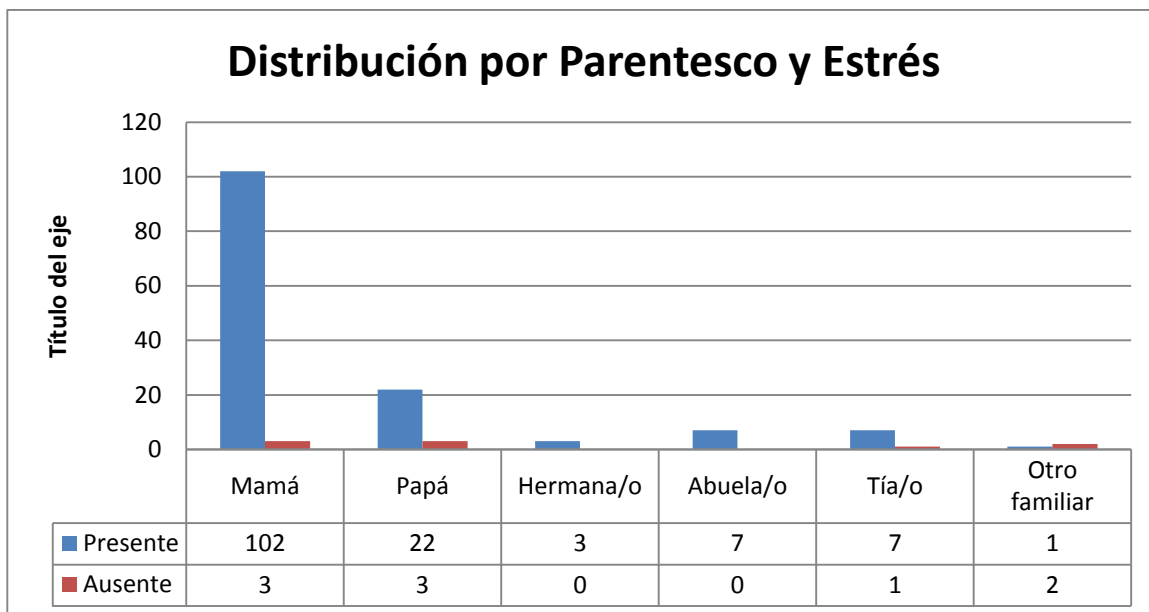


Gráfico #22: Distribución de los 151 cuidadores familiares por grado de discapacidad y estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

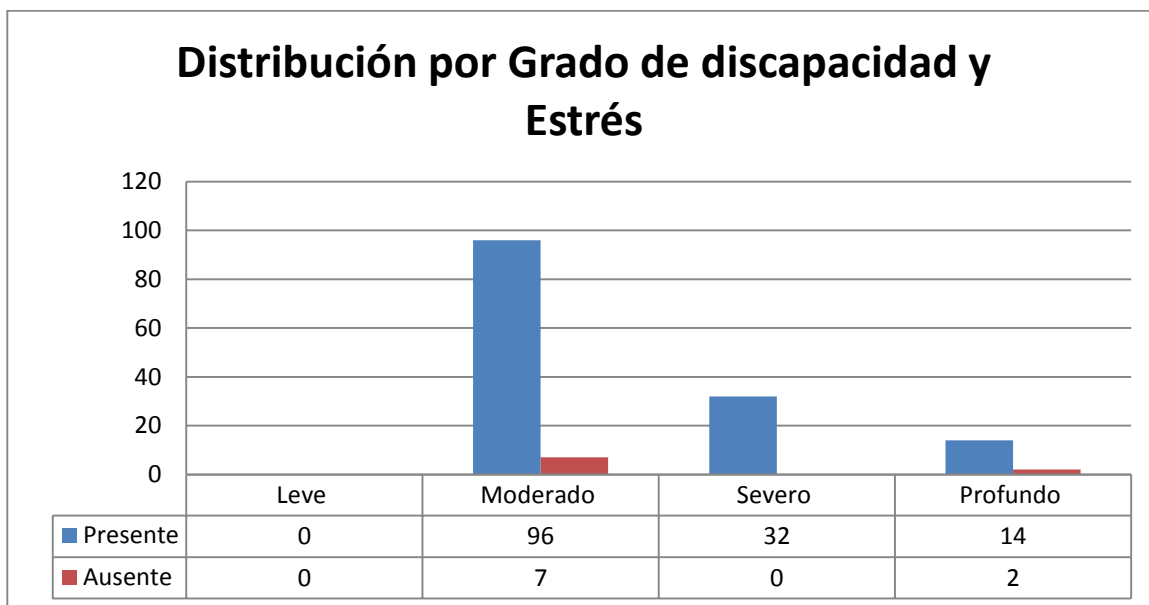


Gráfico #23: Distribución de los 151 cuidadores familiares por Sobrecarga del cuidador y Estrés.

Unidades Educativas Especial de Azuay y Agustín Cueva Tamariz, Cuenca 2015.

